IV CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL PERU

"MARTIRES ANTIMPERIALISTAS
DE COBRIZA"
"HUGO PESCE"

5 - 10 de junio
LIMA - PERU
1972

C
LM
115. P3
C74
1972

CENTRO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

IV CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL PERU

UNIVERSIDAD N. M. DE SAN MARCOS
DIREC. DE BIBLIOTECA Y PUBLICACIONES

"MARTIRES ANTIMPERIALISTAS
DE COBRIZA"
"HUGO PESCE"

5 - 10 de junio
LIMA - PERU
1972

C.E.M.

CENTRO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

OFICINA DE ADQUISICIONES BIBLIOGRÁFICAS U.N.M.S.M.

CUARTO CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

"MARTIRES ANTI-IMPERIALISTA DE COBRIZA"

" HUGO PESCE"

MESA - DIRECTIVA :

PRESIDENTE: Julio Castro Gómez
Secretario General del Centro de Estudiantes de Medicina de la U.N.M.S.M.

1er. VICE-PDTE : Luis Paredes Navarro
Secretario General del Centro de Estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo.

2do. VICE-PDTE : Hugo Aguilar.
Secretario General del Centro de Estudiantes de Medicina de la Universidad de San Agustín de Arequipa.

SEC. GENERAL: Juan Huamaní
Secretario General de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica.

SECRETARIOS : Aldo Rondini Cornejo
Presidente de la Asociación de Estudiantes de la Universidad Particular Cayetano Heredia.

Javier Jara
Secretario General del Centro de Estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional Federico Villa - rreal.

R-730178

IV CONGRESO de ESTUDIANTES de MEDICINA del PERU
5 - 10 JUNIO 1972 - LIMA PERU.

C
LM
115.P3
C74
1972

P R E S E N T A C I O N

El Centro de Estudiantes de Medicina de San Marcos, como base Organizadora del Iv Congreso Nacional de Estudiantes de Medicina "Mártires Anti-imperialistas de Cobriza, Hugo Pesce", asume el deber de dar a conocer a todas las bases estudiantiles, profesores y trabajadores de la Universidad y al pueblo peruano las resolucio - nes y conclusiones de este evento nacional.

El IV Congreso Nacional de Estudiantes de Medicina se realiza después de 4 años del anterior congreso. La coyuntura de tránsito de la Ley gorila 17437 a la Ley 19326 llamada de reforma de la Educación, planteaba conjuntamente con lo anterior la necesidad de llevar a cabo este importante certámen. En él los estudiantes de Medicina hemos fijado y delineado posiciones frente a la problemática nacional, dentro de ello principalmente el problema de la salud, así mismo se ha definido acuerdos en referencia a los diversos problemas reinvindicativos que tiene el estudiantado médico tanto a nivel general como de cada base.

Los logros importantes del congreso estimamos que son: en primer lugar, el haber esbozado la lucha frente al decreto-ley 19326, manteniendo nuestra bandera por la consecusión de la Universidad Nacional Cientffica y democrática, en ese sentido la tarea principal es seguir la lucha contra toda forma de penetración cultural del imperialismo (departamentalismo, curriculum flexible, semestralización, etc.), conseguir cauces democráticos en la estructura universitaria, luchar en defensa de la autonomía universitaria, luchar por la independencia polftica del movimiento estudiantil, no permitiendo que SINAMOS cobre fuerza en la universidad, luchar contra la disgregación institucional de la Universidad en diversos niveles, porque cada vez sea mayor el número de hijos del pueblo lleguen a la universidad, implementar la facultad de nuevo tipo, ir forjando las alianzas con los sectores progresistas del profesorado y de los empleados administrativos y todos en conjunto confor - mar una fuerza aliada del pueblo peruano.

En cuanto al problema de la salud se ha definido también el programa de lucha por democratizar la salud, entendiendo este proceso como parte integrante de la etapa anti-imperialista. Hacer que la educación médica esté al servicio de la causa popular, que la carrera médica sea pública y no privada o individual, luchar por el establecimiento del servicio nacional de salud, por la estatización hospitalaria, por la gratuidad de la salud, por la nacionalización-Estatización de los laboratorios.

En referencia a la enseñanza de Medicina se ha acordado la desaparición de las pre-médicas. Inicialmente se ha planteado que los

731190

estudios médicos tengan una duración de 6 años, 1 de internado urbano y 1/2 año de internado rural. Esto debe llevar a procesos de reorganización en cada facultad en cuanto a lo organizativo y académico, en ese sentido se han aprobado críticas a la actual estructura y alternativas de solución que pueden servir de orientación a estos procesos. La base organizadora al final presenta un anexo de estructura curricular que resumiría las posiciones del congreso por lo que puede servir de base para hacer que la edución médica este comprometida con el problema nacional.

Así mismo en torno a los problemas reinvindicativos del internado el problema económico de las facultades de medicina, el hospital docente, los convenios hospitalarios, el residentado se han tomado acuerdos que es necesario llevarlos a la práctica.

Hemos igualmente enjuiciado el papel que cumplen los organismos representativos de los médicos, el Colegio Médico y la Federación Médica, se ha visto que sobre todo el primero es una institución de características conservadoras, oligárquicas y antipopular. El Colegio Médico es una instancia burocrática que no juega un rol gremial, niun rol médico social, sus actividades no tienen mayor significación para plantear soluciones al problema de salud y mucho menos a la liberación nacional.

Por otro lado denunciamos en este docuento del IV congreso, los programas de control de la natalidad que viene implementando el Imperialismo norteamericano, concretamente en la U.P. Cayetano Heredia a traves del membrete de investigación de la Fisiología de la Reproducción.

También es necesario relievar dentro de los logros del IV Congreso , el mayor grado de organización alcanzado por el estudiantado médico nacional. Se acordado constituir la ANEM (Asociación Nacional de Estudiantes de Medicina), organismo centralizador que tiene por función canalizar la lucha por los problemas generales de los estudiantes de Medicina.

Fianlmente tenemos que decir que el éxito del IV Congreso se debe a la asistencia numerosa de las delegaciones de las facultades de medicina de todo el país, las cuales con su presencia y responsable participación, hicieron que este evento pueda sacar las resoluciones y conclusiones que damos a conocer. Queda por delante desarrollar estos acuerdos. En ese sentido el movimiento estudiantil y dentro de él los estudiantes de medicina, tenemos que mantener la lucha en la perspectiva de la Universidad Nacional, Cientffica y Democrática, la educación médica tiene que estar enmarcada dentro de esta situación, la lucha por democratizar la salud es una lucha paralela, para todo ello necesitamos ligarnos cada vez mas a nuestro pueblo único guía y gestor de nuestra Liberación Nacional.

¡ ESTUDIAR Y LUCHAR POR LA LIBERACION NACIONAL ¡

La Comisión Organizadora.

IV CONGRESO de ESTUDIANTES de MEDICINA del PERU
5 - 10 JUNIO 1972 - LIMA PERU.

CENTROS DE ESTUDIANTES ASISTENTES

DELEGACION DE SAN MARCOS

Delegados Plenos

1. Julio Castro Gómez
2. Víctor Orihuela Paredes
3. Max Cárdenas
4. Marcial Anaya
5. Fernando Rodríguez
6. Víctor D'angelo
7. Gregorio Herrera
8. Walter Ramón
9. Hermes Velásquez
10. Juan Arroyo
11. Edgar Necochea
12. Juana García
13. Carlos Laos
14. Severo Zavala
15. Manuel Solís
16. Carlos Gutiérrez
17. Juan Márquez
18. Vilma Santibañez
19. Iram La Torre
20. Jorge Alarcón

Delegados Suplentes

1. Héctor Pereyra
2. Adolfo Ocampo
3. Manuel Pérez
4. Rolando Mendivil
5. Antonio Luna
6. César Rodríguez
7. Oscar Chacón
8. Celia Rojas
9. José Oporto
10. Hugo Quillatupa

Delegación de Trujillo.

1. Luis Paredes Navarro (Presidente)
2. Ovidio Ramos Santillán
3. Fortunato Romero Otiniano
4. Rodil Cruzalegui Henríquez
5. Jorge Collantes Díaz
6. Francisco Pajares Bazán
7. Alejandro Cabrera Gastelo
8. Carlos Reaño Carrasco
9. Jorge Moreno Rodríguez
10. Carlos Mimbela Bustamante
11. Oswaldo Rodríguez Lázaro
12. Ricardo Alarcón Gutiérrez
13. Isaac Ríos Canales
14. Andrés Zevallos Echevarría
15. Víctor Marquezado Coronado

DELEGACION DE AREQUIPA

1.- Hugo Aguilar Acosta
2.- Carlos Peralta
3.- Ramón Figueroa
4.- Radl Miranda
5.- Pedro Rodríguez
6.- León Llacsa Soto
7.- Angel Del Carpio Chire
8.- Germán López Chávez
9.- Mario Polanco Valencia
10.- Vicente Palo Paredes
11.- Arnaldi Paredes
12.- Rolando Rivera Pinto
13.- Francisco Ortega
14.- Jesús Macedo Zurita

DELEGACION DE ICA

1.- Juan Huamaní Muñoz (Sec. Ge)
2.- Iván Valdivia Contreras
3.- Carlos T. Párraga Aliaga
4.- Luis Reategui Guzmán
5.- Manuel Rodas Ortega
6.- Rosendo Gonzáles C.
7.- Carlos Castro Ramos
8.- Teofila Ramírez Barrientos
9.- Gustavo Alarcon Pino
10.- Jorge Uchuya Tipacti
11.- Antonieto Osorio Vilca
12.- Rolando Abregú Camales

DELEGADOS DE LA ASOCIACION DE ESTUDIANTES CAYETANO HEREDIA

Delegados Plenos:
1.- Eduardo A. Rondinel
2.- Claudio Lanata
3.- Paul Alfaro
4.- Germán Benito
5.- Pedro Brito
6.- Roberto Bernardo
7.- Julio Soto
8.- Eduardo Schiantarelli
9.- Segundo Seclén
10.- Eduardo Gotuzzo

Delegados Suplentes:
1.- Roberto Espinoza
2.- Ricardo Barboza
3.- Juan Rosales
4.- David Arreluce
5.- Carlos Castillo

DELEGACION DE LA UNIVERSIDAD FEDERICO VILLAREAL

Delegados Plenos:
1.- Luis J. Jara Quezada
2,- Luis Guerra Palomino
3.- Cosme Espinoza Piscoya
4.- Héctor Casanova Vallejos
5.- Ricardo Pasco Chávez
6.- Alejandro Roque Castro
7.- Abel Contreras Gonzales
8.- Jesús del Carmen Pongo A.
9.- Isaac Risco Alzamora
10.- Pablo Grados Torres

Delegados Suplentes:
1.- Alejandro Aguinaga Recuenco
2.- Francisco Bedoya Ibarra
3.- Humberto Maceda Muñoz
4.- Luis Zegarra Montes
5.- Julio Rivera Salinas

TEMARIO Y COMISIONES DE TRABAJO

TEMA No 1.-

"ANALISIS DE LA SITUACION NACIONAL Y DE LA REFORMA DE LA EDUCACION".

COMISION No 1.-

Presidente: Luis Paredes (Trujillo)

Secretario: Edgar Necochea (San Marcos)

Miembros :
Marcial Anaya (San Marcos)
Fernando Rodríguez (San Marcos)
Gregorio Herrera(San Marcos)
Oscar Chacón (San Marcos)
Graciela Nakachi (San Marcos)
Hugo Aguilar (Arequipa)
Carlos Peralta (Arequipa)
Ramón Figueroa (Arequipa)
Jorge Collantes (Trujillo)
Paul Alfaro (Cayetano Heredia)
Aldo Rondinel (Cayetano Heredia)
Iván Valdivia C. (Ica)
Juan Huamaní M. (Ica).

TEMA No 2.-

"Problemas orgánicos del estudiantado de medicina":

2.1 Evaluación de los Congresos anteriores y otros certámenes.

2.2 Estado actual del Proyecto de la Asociación Nacional de Estudiantes de Medicina del Perú.

COMISION No 2.-

Presidente: Ovidio Ramos Santillán (Trujillo)

Secretario: Máx Cárdenas (San Marcos)

Miembros : Víctor D'angelo (San Marcos)
Antonio Luna (San Marcos)
Juana García (San Marcos)
Severo Zavala (San Marcos)
Raúl Miranda (Arequipa)
Carlos Mimbela Bustamante (Trujillo)
Roberto Bernardo (Cayetano Heredia)
Carlos Párraga Aliaga (Ica)
Gustavo Alarcón Pino (Ica).

TEMA No 3.-

"La realidad de Salud del país y los Estudios Médicos":

3.1 Realidad de salud.
3.2 La enseñanza de las Ciencias Básicas en Medicina.
3.3 La enseñanza de las Clínicas.
3.4 La Medicina Preventiva y Social.
3.5 La Investigación Científica en Medicina
3.6 El Internado. El Internado Rural.
3.7 Problema Económico de las Facultades de Medicina.
3.8 La penetración imperialista en las Facultades de Medicina.
3.9 La nueva Facultad de Medicina.

COMISION No 3.-

Presidente:	Victor Orihuela Paredes(San Marcos)
Secretario:	Segundo Seclén (Cayetano Heredia)
Miembros :	Juan Márquez (San Marcos)
	Iram La Torre (San Marcos)
	Hermes Velásquez (San Marcos)
	Carlos Gutiérrez (San Marcos)
	Vilma Santibáñez (San Marcos)
	Adolfo Ocampo (San Marcos)
	Víctor Marquezado Coronado (Trujillo)
	Carlos Reaño Carrasco (Trujillo)
	Andrés Zevallos Echevarría (Trujillo)
	Pedro Llocsa Soto (Arequipa)
	Angel Del Carpio Ch. (Arequipa)
	Germán López Ch. (Arequipa)
	Claudio Lanatta (Cayetano Heredia)
	Manuel Rod Ortega (Ica)

TEMA No 4.-

"Las Facultades de Medicina y sus relaciones en los organismos del Sector Salud":

4.1 Situación de los Hospitales Docentes y afiliados a la docencia.
4.2 Convenios con las Beneficencias Públicas, la Seguridad Social y el Ministerio de Salud Pública.
4.3 La zonificación del país entre las diferentes facultades de Medicina.

COMISION No 4.-

Presidente	:	Luis Reátegui Guzmán (Ica)
Secretario	:	Pablo Céspedes (San Marcos)
Miembros	:	Manuel Solís (San Marcos)
		Héctor Pereyra (San Marcos)
		César Rodríguez (San Marcos)
		Alejandro Cohen C. (Trujillo)
		Oswaldo Rodriguez L. (Trujillo)
		Mario Polanco Valencia (Arequipa)
		Vicente Pablo Paredes (Arequipa)
		Julio Soto (Cayetano Heredia)
		Juan Rosales (Cayetano Heredia)
		Carlos Castro Ramos (Ica)

TEMA No 5.-

"Problemas del Ejercicio Profesional ":

5.1 Situación de los egresados:
- 5.1.1 El Residentado Médico
- 5.1.2 La "Fuga de los Médicos".
- 5.1.3 Servicio Médico Rural.

5.2 Situación de los organismos representativos de los médicos:
- 5.2.1 Federación Médica Peruana.
- 5.2.2 Colegio Médico.

COMISION No 5.-

Presidente: Fortunato Otiniano (Trujillo)
Secretario: Rosendo González Cabrera (Ica)
Miembros : Juan Arroyo (San Marcos)
Carlos Laos (San Marcos)
Víctor Cuba (San Marcos)
Manuel Pérez S. (San Marcos)
Celia Rojas (San Marcos)
Arnaldi Paredes (Arequipa)
Rolando Rivera (Arequipa)
Rodil Cruzálegui (Trujillo)
Eduardo Gotuzzo (Cayetano Heredia)
Eduardo Schiantarelli (Cayetano Heredia)
Ricardo Barboza (Cayetano Heredia)
Teófila Ramírez Barrientos (Ica)

TEMA No 6 .-

"Temas Libres":

6.1 La Medicina Comunitaria.
6.2 Los Programas de Control de la Natalidad.
6.3 El Servicio Unico de Salud.
6.4 Los problemas nutricionales de las clases populares.

COMISION No 6.-

Presidente:	Pedro Brito (Cayetano Heredia)
Secretario:	Jesús Palacios (San Marcos)
Miembros :	Walter Ramón (San Marcos)
	Graciela Nakachi (San Marcos)
	Francisco Ortega (Arequipa)
	Jesús Macedo Zurita (Arequipa)
	Jorge Moreno Rodríguez (Trujillo)
	Francisco Pajares Bazán (Trujillo)
	Isaac Ríos Canales (Trujillo)
	Germán Benito (Cayetano Heredia)
	Jorge Uchuya Tipacti (Ica)

AREQUI
IV CONGRESO de ESTUDIANTES de MEDICINA del PERU
5 - 10 JUNIO 1972 - LIMA PERU.

"ANALISIS DE LA SITUACION NACIONAL"

PONENCIA DE MAYORIA.-

Delegaciones de Arequipa, Trujillo, Cayetano Heredia, Federico Villarreal y San Marcos.

1.- El Perú es un país atrasado, que se mantiene en este estado debido fundamentalmente a la penetración de los capitales imperialistas monopólicos, principalmente yanquis que lo reducen a una situación semicolonial y dependiente, de constante saqueo de nuestro trabajo y riqueza naturales. Esto ocasiona que las grandes masas populares, vivan en una permanente situación de explotación y miseria.

2.- Ante esta situación la única alternativa válida para el pueblo es emprender la lucha por liberarse tanto del opresor externo, el imperialismo, como de los opresores internos, los sectores oligárquicos, gran-burgueses y terratenientes socios del imperialismo, que con su presencia y sus intereses hacen imposible el desarrollo armónico y auténtico de nuestra sociedad. Esto significa que la única alternativa real y correcta para las clases populares de obreros, campesinos y sectores pequeño-burgueses oprimidos es llevar adelante la lucha por la liberación Nacional.

3.- El estudiantado universitario es un sector oprimido por el imperialismo, y en su lucha por una Universidad que le brinde las condiciones necesarias para profesionalizarse adecuadamente, tiene intereses comunes a los de las grandes masas populares en la lucha por la Liberación Nacional.

4.- El país, a partir de la ascensión del Gobierno Militar,vive un proceso reformista burgués que reformula ciertos aspectos de los diferentes niveles de nuestra estructura productica y social en general, y que no corresponde a los intereses democráticos y anti-imperialistas del pueblo que nos conducirán a una situación de mayor explotación por el imperialismo norteamericano.

5.- Las leyes que ha promulgado el Gobierno reflejan, en términos generales, la política reformista conciliadora con el imperialismo del actual régimen y tienden a afirmar (como por ejemplo en el caso de la ley de Educación y la ley de Comunidad Industrial), la tendencia ideológica reacionaria de la conciliación de clases. Por este camino, trata de distorsionar la verdadera conciencia de las masas y colocarlas como sustento social de su política.

6.- Ante esta política reformista burguesa conciliadora con el imperialismo, el movimiento estudiantil debe mantener su inde-

pendencia política, continuando sus luchas por sus propios objetivos anti-imperialistas y democráticos como la expulsión del imperialismo de la Gran Minería de la Industria, la entrega de la tierra a los campesinos sin pago alguno, por una Universidad Nacional, Científica, Democrática y al servicio del pueblo, todo esto en estrecha vinculación con los demás sectores del Pueblo.

PONENCIA DE MINORIA.-

Delegación de Ica.

1.- La situación del Perú es la de un país sub-desarrollado y dependiente del capitalismo, en especial del capitalismo imperialista.

2.- Para llegar al socialismo es necesario concientización y formación de conciencia de clase, así como un desarrollo industrial mínimo y con la participación efectiva de la clase obrera y campesina aliada de las capas progresistas pequeño-burguesas, bajo la dirección del Partido Comunista y rompiendo la penetración imperialista.

3.- El gobierno actual es reformista, nacionalista y anti-imperialista. Reformista porque sólo realiza cambios en algunos campos. Nacionalista porque tiende a romper la dependencia económica a pesar de la presión económica y política del imperialismo.

4.- Este gobierno no es ni será socialista a pesar de sus medidas y de la presencia de militares progresistas en el fuero castrense. Por eso nuestra posición es de apoyo critico a sus medidas progresistas y oposición a las medidas coactivas.

ACUERDO DEL PLENARIO DEL IV CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL PERU; EN RELACION A LA LEY GENERAL DE EDUCACION

"ANALISIS Y POSICION FRENTE A LA LEY GENERAL DE EDUCACION"

El IV Congreso Nacional de Estudiantes de Medicina del Perú "Martires antiperialistas de Cobriza- Hugo Pesce" reunido tanto para analizar los problemas generales de la situación nacional y del movimiento estudiantil, así como los problemas específicos del estudiantado de Medicina:

CONSIDERANDO:

1.- Que el carácter fundamental que asume la lucha por la Reforma Universitaria en nuestra época para el movimiento estudiantil es el de formar parte de las luchas del pueblo peruano por la Liberación Nacional.

2.- Que los objetivos de la política educativa de la JMG expresados en la Ley General de Educación apuntan en concordancia con su política general:
   a) Adaptar funcionalmente la super estructura educativa a las reformas actuales y futuras.
   b) Consolidar la tendencia ideológica burguesa que el gobierno adopta.
   c) Buscar el apoyo activo a la política del Gobierno por los grupos sociales vinculados a la educación, la juventud y el pueblo en general; y alentar la formación y consolidación ideológica, orgánica y política de núcleos pro-gobiernistas en toda la población ligada a la educación y también en la Universidad a través de SINAMOS y otros organismos.

3.- Que podemos definir la Ley General de Educación como:
   a) Clasista, porque responde a los intereses de clase que la JMG representa, y afianza los mecanismos limitacionistas de acceso y participación de las clases populares, así como difunde la tendencia ideológica del régimen.
   b) Reformista, porque reestructura todo el sistema educativo en consonancia con el tipo de política reformista de la JMG.
   c) Demagógica, pues tras la careta de "democratización de la enseñanza", "participación de la comunidad", "adecuación de la educación al trabajo productivo y creador", esconden una finalidad y un contenido clasista.
   La implementación de la ley no hará sino mostrar más claramente la verdadera naturaleza de clase de la Ley General de Educación y de la JMG.

4.- Que en lo que respecta a la Educación Superior, la Ley General de Educación establece su disgregación en diversos niveles con centros de enseñanza diferentes y autónomos entre sí. La razón de esta separación no es sólo la intención de preparar profusamente profesionales de mando medio y planificar la investigación, sino fundamentalmenteel objetivo de que la Universidad pierda importancia social, intelectual y política en la vida del país.

5.- Que en función de lo señalado en el punto anterior, la educación asume un carácter selectivo. Hay una limitación cualitativa de las posibilidades de acceso y permanencia a sus distintos niveles. Limitación cualitativa en cuanto redistribuye a los estudiantes niveles según el estrato social del que provienen, cambiando la composición social del estudiantado y, cuantitativamente, disminuyendo la población estudiantil universitaria.

6.- Que la creación de las ESEP desplaza hacia éstas las contradiciones más explosivas que las capas empobrecidas pequeño-burguesas sostienen con el Imperialismo y la Gran Burguesía, como son: limitación a la profesionalización de esas capas impidiendo alterar su producción en el aparato productivo y la incapacidad del sistema para absorber la mano de obra de las ESEP.
Para tratar de impedir que el desarrollo de estas contradiciones haga de las ESEP núcleos de politización, se les impone un control rígido autoritario limitacionista bajo el directo control del Ministerio de Educación, así como la imposición de un régimen académico que tiene efectos desorganizadores para el estudiantado (Departamentalismo, Currículum flexible, Créditos etc.).

7.- Que en cuanto a régimen académico de las universidades el proyecto mantiene los mismos instrumentos desorganizadores y anti-científicos de la Ley 17437 y que han agudizado la crisis de la Universidad Peruana, como son el Curriculum flexible, créditos, pre-requisitos, etc. y deja en vaguedad la organización de ese régimen.

8.- Que la Ley General de Educación viola flagrantemente la Autonomía Universitaria en sus diferentes aspectos: Académicos, al hacer depender la programación curricular del Ministerio de Educación; Económico, al depender la fijación del Presupuesto Universitario de estamentos fuera de la Universidad.

9.- Que el sistema de gobierno, de la Universidad mantiene los vicios de la centralización sin niveles intermedios de gobierno y creando una serie de organismos como el Comité de

Coordinación, Consejos Consultivos, Direcciones técnicas, etc, que pueden usurpar las decisiones incluso al Consejo de Gobierno.

10.- Que la Ley General de Educación, sienta las bases para que los diferentes niveles de educación, incluída la Universidad, corran también a cargo de todo tipo de Instituciones Privadas, con todos los perjuicios que ello acarrea al estudiantado en los aspectos del contenido de la educación, económicos, etc.

11.- Que la Ley General de Educación a pesar de reconocer la necesidad de la participación estudiantil, ésta no es plena ya que no se especifica en todos los niveles ni tampoco se señalan las condiciones democráticas de principio (elección universal, reelección y revocabilidad), indispensable para una adecuada elección de la representación estudiantil.

ACUERDA:

1.- Luchar por los intereses de los estudiantes, manteniendo nuestras banderas de lucha por la consecución de una Universidad Nacional, Científica, Democrática y al servicio del pueblo para que no sean vulnerados al ser reformulada la superestructura educativa por la política de la JMG. Esto debemos hacerlo reajustando las tácticas luchando por:
   a) Asegurar cauces democráticos en la estructura universitaria.
   b) Asegurar el acceso de las capas populares a todos los niveles de la educación, incluída la Universidad a través de mecanismos adecuados.
   c) Luchar contra la deformación de la cultura por la penetración cultural del imperialismo yanqui.

2.- Luchar para que el estudiantado como fuerza social no sea ganado por la política de la JMG, sino que luchando por sus intereses democrático-revolucionarios alínee con las masas populares y la clase de vanguardia, en la lucha por la Liberación Nacional y la construcción de una nueva sociedad a través de :
   a) Precisión del Programa con las reivindicaciones demócrático-revolucionarias del Movimiento estudiantil.
   b) Uniéndose en la movilización y en las tareas conjuntas con las masas populares.
   c) Dando lucha a la ofensiva reaccionaria de la ideología reflejada en la Ley General de Educación.

3.- Luchar contra la desagregación institucional de las funciones de la U, manteniendo en su seno las funciones de educación básica superior, las carreras cortasespecializadas y la investigación científica del más alto nivel, así como la vasta difunsión de los bienes culturales del pueblo.

4.- Luchar en defensa de la Autonomía Universitaria contra toda ingerencia directiva o impositiva del aparato estatal, especialmente del Ministerio de Educación, así como de las intromisiones del llamado Sistema de laUniversidad Peruana. Luchar por un monto fijo del presupuesto nacional, a fin de que la U. esté libre de las presiones económicas del aparato estatal, de las empresas privadas y de las fundaciones extranjeras.

5.- Luchar contra el régimen académico que plantea la Ley, a través de la implementación de la Facultad de nuevo tipo, dando una organización académica y de investigación al rededor de los problemas naconales, asegurando su desarrollo científico.

6.- Luchar porque la educación en todos sus niveles, y en especial el Univesitario, no esté en sus manos de las Instituciones Particulares sino que pase a manos del Estado.

7.- Luchar por un sistema de gobierno realmente democrático, en el que participen todos los mienbros de la Comunidad Universitaria, docentes, trabajadores y el tercio estudiantil elegidos en condicones democráticas, sin limitaciones ni calificaciones (elección universal, reelección y revocabilidad). Conseguir que esta participación se dé en todos los niveles y combatir toda intromisión de los organismos burocráticos en las decisiones de gobierno (Comité de Coordinación, Comités Consultivos, Direcciones Técnicas, etc.).

8.- Que es posible utilizar la participación estudiantil que plantea la Ley y teniendo en cuenta sienpre cada situación concreta en que se dé, para los siguientes:
   a) Como tribuna para agitar nuestros planteamientos sobre la Universidad Nacional, Cientffica, Democrática y al servicio del pueblo.
   b) Para la lucha de la reivindicaciones más inmediatas del estudiantado.
   c) Para la denuncia de la penetración inperialista y de las acciones entreguistas del gobierno y la propagandización en ese nivel de las luchas populares.

9.- Luchar por un nuevo reagrupamiento de las fuerzas estudiantiles, con la forja efectiva de un Frente Unico de las fuerzas revolucionarias y progresistas, que una los sectores estudiantiles avanzados con los intermedios bajo las banderas del Movimiento Estudiantil revolucionario para enfrentarse al imperialismo y a la polftica dela JMG.

10.- Impulsar la movilización y organización de los trabajadores y docentes de la Universidad, estableciendo alianzas con sus organismos representativos o con movimientos orientados por profesores progresistas, marcando claras diferencias con los que están en la trinchera de la Gran Burguesía y el Imperialismo y apoyando a los sectores realmente progresistas.

MOCION APROBADA POR EL PLENARIO DEL IV CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA.

Sobre: La Asociación Nacional de Estudiantes de Medicina.

CONSIDERANDO:

1° Que la organización nacional de los estudiantes de medicina acordada en el III Congreso realizado en la ciudad de Arequipa no se ha cumplido en la práctica.

2° Que es de urgente necesidad la coordinación a nivel nacional de las luchas que los estudiantes de Medicina llevan a cabo en defensa de sus derechos y por los principios del moviemiento estudiantil.

ACUERDA:

1° Crear la A.N.E.M. (Asociación Nacional de Estudiantes de Medicina), como organismo de agremiación y dirección del estudiantado médico del país.

2° Encargar a la primera junta directiva la confección de un proyecto de estatutos que sea a corto plazo discutido por las bases estudiantiles de medicina del país y sancionado en el V congreso.

3° Encargar al CEM de San Marcos de Lima, la conformación de la primera junta directiva y que cada CEM elija un delegado a la ANEM.

C.HEREDIA
IV CONGRESO de ESTUDIANTES de MEDICINA del PERU
5 - 10 JUNIO 1972 - LIMA PERU.

MOCION APROBADA POR EL PLENARIO DEL IV CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL PERU

SOBRE:

"REALIDAD" DE SALUD DEL PAIS Y LOS ESTUDIOS MEDICOS"

CONSIDERANDO:

1.- La situación de dependencia de nuestro país, especialmente de los monopolios norteamericanos y el carácter deformado de nuestro desrrollo capitalista en función de esos intereses, ha determinado la situación de atraso y miseria de nuestro pueblo, así como la existencia de minorías privilegiadas que mantienen esta situación en estrecha alianza con los enemigos extranjeros.
El atraso y la miseria de grandes masas del pueblo peruano se expresa en el escaso desarrollo de sus fuerzas productivas, el hambre crónico, la desnutrición, el analfabetismo de millones de peruanos, etc.

2.- En el campo de la Salud, esta situación se patentiza por:
- Alta tasas de mortalidad general: 15.6 por mil hab.
- Alta tasa de mortalidad infantil: 120 por mil nacidos vivos
- Alto porcentaje de muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias.
- Alta incidencia de enfermedades infecciosas del aparato respiratorio y digestivo.
- Deficiente estado de nutrición sobre todo en el grupo de 0-4 años principalmente en las localidades de la Sierra y Selva, donde destacan elevados porcentajes de desnutrición moderada y severa.

3.- Que el condicionante principal de este bajo nivel de salud, es el bajo nivel de vida de nuestra población, el cual está determinado por nuestro desarrollo capitalista atrasado, que combinado con relaciones pre-capitalistas de producción se engarzan con la dependencia del Imperialismo principalmente norteamericano.

4.- Que existen otros factores que ahondan el problema de Salud como son el mal estado de Saneamiento ambiental, la escasa gobernatura de injusta estructuración de los Servicios de Salud, el estar los medicamentos en manos del Imperialismo, las deficientes condiciones de la vivienda, alto grado de analfabetismo, bajo índice de escolaridad, patrones culturales diferentes, etc.

ACUERDA:

1.- Proseguir nuestra lucha al lado de nuestro pueblo contra el imperialismo Yanqui y su aliada la Gran Burguesía, directo responsable de nuestra explotación y miseria.

2.- Luchar en el plano de la Salud, por la democratización de la Salud, haciendo de ella un bien social que esté al alcance de todos por igual; en este sentido nuestra lucha es por:

a) Cambiar la orientación y contenido de la Educación Médica hacia una medicina en función de los problemas nacionales y de la Liberación Nacional.

b) Establecimiento del Servicio Nacional de Salud, organismo estatal que se encargue de todos los aspectos relacionados al cuidado de la salud, es decir, en el aspecto preventivo, asistencial y curativo de todo el país.

c) Estatización de los actuales Servicios Hospitalarios, que desaparezca la actual estratificación de Clínicas Particulares, Hospitales de la Sanidad Militar, Seguros y Beneficencias, que todos sean servicios del Estado, que se brinden sin discriminación de ningún tipo.

d) Gratuidad de la Salud. El Estado debe brindar losservicios de salud a la población sin pago alguno. La salud es una necesidad primaria para el hombre y no debe ser una mercancía más del mercado. El pueblo peruano con su trabajo y producción mantiene al Estado, por lo cual tienen derecho a que se le brinde la Salud gratuitamente.

e) Reorientar la prácrica del profesional médico y paramédico de individual y privada, a carrera pública, que el Estado garantice a todo médico trabajo estable.

f) Nacionalización-estatización de los laboratorios detentados por el Imperialismo Norteamericano. No podemos permitir que a costa de la salud de nuestro pueblo el imperialismo yanqui siga lucrando y descapitalizando al país.

REALIDAD DE SALUD EN LA SOCIEDAD PERUANA

Ponencia presentada por la delegación de San Marcos.

A nivel de la sociedad global, la estructura económica es la que constituye el fundamento real a partir del cual hay que explicar en última instancia toda la estructura social.

La salud no es algo abstracto, es una necesidad, un bien que existe en una sociedad concreta, por lo que nos interesa inicialmente ubicar la Salud en la sociedad capitalista, para luego ver cuál es su estado en nuestra sociedad regida por este sistema; es así que nos proponemos desarrollar el siguiente esquema para analizar la realidad de Salud en el Perú:

I. La Salud en la Sociedad Capitalista.
II. Estado de Salud en el País
III. Factores Condicionantes del Estado de Salud.
IV. Crítica a la Política de Salud del Actual Gobierno.
V. Posición del Estudiantado Frente al Problema de Salud. Planteamientos Alternativos.

I. LA SALUD EN LA SOCIEDAD CAPITALISTA

La Salud (definida por la O.M.S. como el completo estado de bienestar físico, mental y social del hombre) en la sociedad capitalista es una mercancía, es decir, un producto del trabajo humano que satisface necesidades humanas. Siendo una mercancía tiene un valor de uso y un valor de cambio, valor de uso porque la salud responde a una necesidad humana y valor de cambio porque tiene un precio (las condiciones sanitarias, la atención médica, los medicamentos, etc., tienen un precio).

La Salud: bien de consumo individual y bien de consumo productivo.-

La Salud, al ser un producto de la actividad humana, implica que se haga uso de élla, es decir, de realizar su consumo, entendiéndose por ello el acto de usar, un objeto, un bien - en este caso - para satifacer una necesidad determinada de los individuos de una sociedad.
Es así que se puede decir que la Salud es un bien de consumo individual.

Dentro de la estructura del consumo, encontramos que la salud está también íntimamente asociada a la producción en la medida en que está relacionada con la fuerza del trabajo. Sin salud no hay producción, por tanto, tiene un consumo productivo, ya que es un elemento esencial de la fuerza de trabajo cuyo consumo es al mismo tiempo producción.

Resumiendo, se puede decir que la salud en la estructura económica tiene un doble papel: de bien de consumo individual y bien de consumo productivo.

II.- ESTADO DE SALUD EN EL PAIS

El nivel de salud del país es bastante bajo si lo comparamos con los países subdesarrollados y mucho más con los desarrollados. Este se caracteriza por altas tasas de mortalidad general, alta tasa de mortalidad infantil, alto porcentaje de muertes por enfermedades infecciosas del aparato respiratorio y digestivo, sobretodo en menores de 5 años, y deficiente estado de nutrición sobretodo en el grupo de I a 4 años.

Segun la Oficina Sectorial de Planificación del Ministerio de Salud en su Plan Sectorial de Salud 1971-1975 se consignan las siguientes cifras sobre los indicadores mencionados anteriormente:

Mortalidad Genral.....15.6 por mil habitantes.
Mortalidad Infantil..... 120.0 por mil nacidos vivos.
(Según declaración del Ministerio de Salud el29 de Mayo de 1972).

Defunciones Registradas en 1967 (según la misma oficina):
- Sobre 96,465 defunciones, correspondieron a menores de 5 años el..... 46.2%

- Según las enfermedades responsables:
  - A las enfermedades infecciosas y parasitarias corresponden:
    - del total de muertes.el..... .....49.6%
    - de menores e 5 años el.....62.6%
  - A las enfermedades susceptibles de control por vacunación: sarampión, viruela, poliomielitis, tos ferina, tetanos y difteria, corresponden el..... 6.9%
  - A la tuberculosis, del total de muertos, corresponde el 5.5%

La Morbilidad, sobre 145,000 casos de enfermedades transmisibles informadas en 1969:.....

- Las enfermedades del aparato respiratorio ocupan el primer lugar con el.....40.9%
  De este porcentaje correspondena:
  - enfermedades respiratorias agudas el.....2-9.5%
  - tuberculosis. el..... 11.4%
  - A las enfermedades del aparato digestivo corresponden..... 33.6%
  - A las enfermedades susceptibles de control de vacunación.el..... 8.8%
  - A otras infecciones parasitarias el..... 16.7%

Los problemas de salud que se señalan la misma oficina, afectan principalmente:

- al grupo de edad de 0 a 5 años
- a la gestante
- y a la madre nodriza.

En lo que respecta al estado de nutrición, éste tambíen es deficiente. La elevada proporción de defunciones en el grupo de I-4 años (15.4% del total), y la elevada tasa de mortalidad infantil (120 por mil nacidos vivos) son indicadores del bajo nivel de nutrición existente.

Las encuestas nutricionales practicadas entre los años 1965 y 1968 en niños pre-escolares en Lima, Callao y localidade la Sierra y de la Selva, destacan elevados porcentajes de desnutrición moderada y severa de las poblaciones rural de la Sierra y de la urbana de la Selva.

Los indicadores mencionadoshacen ver que no existen mejoras significativas en la satisfacción de los requerimientos dietéticos normales de la población del país en el último quinquenio, y que continúa siendo un factor común la baja ingesta calórica y proteínica.

III. FACTORES CONDICIONANTES DEL NIVEL DE SALUD EXISTENTE EN EL PAIS

Condicionante Principal.- Al ubicar la salud en nuestra sociedad, predominante capitalista, como una mercancía, comprendida dentro del consumo individual y dentro del consumo productivo, el hacer uso de élla está condicionada principalmente por la estructura del ingreso, es decir, que están en mejor condición de adquirir salud quienes tienen ingresos altos, que los que tienen bajos ingresos o que no lo poseen. El ingreso (nuestra sociedad tiene un bajo ingreso percápita de $ 218 anuales, o sea , 13 veces por debajo del nivel de vida norteamericano y 7 veces detrás del promedio de los países capitalistas desarrollados) a su vez depende de la estructura ocupacional. (en el país existe una reducida población económicamente activa, existiendo un alto porcentaje de subempleo y un alto grado de desocupación). Pero quedarse a este nivel de la estructura ocupacional como factor condicionante principal del bajo nivel de salud sería quedarse todavía en un plano relativamente superfical, porque la estructura ocupacional responde al mercado ocupacional existente en el país. Hay una reducida oferta de trabajo para una gran demanda que se acumula año tras año, lo cual agudiza más las condiciones de vida. Este mercado de trabajo reducido y excluyente es producto de la forma como se procesan las relaciones de producción en nuestro país.

La industrialización dependiente, que implica una alta intensidad de capital, una alta tecnología, una alta productividad y una producción para amplios mercados, determina una demanda reducida de fuerza de trabajo con las siguientes características: escasa mano de obra calificada, estable y con relativos altos salarios.

El actual desarrollo desigual y combinado, que indica las formas de coexistencia, vinculación y subordinación de los modos pre-capitalistas de producción con respecto al modo de producción capitalista industrial, libera fuerza de trabajo de las formas pre-capitalistas, determina procesos migratorios inflando la oferta de fuerza de trabajo en las ciudades. Esta situación conduce a la raíz del problema tanto de salud como de los demás males sociales que vive nuestro país.

El problema de salud es entonces un problema fundamentalmente estructural determinado o condicionado principalmente en última instancia por el desarrollo de las fuerzas productivas y de las relaciones de producción existentes en nuestro país. El capitalismo atrasado, combinado con formas precapitalistas de producción engarzado dentro de la dependencia del imperialismo, principalmente norteamericano, es lo que detiene el desarrollo de nuestras fuerzas productivas, haciendo que se mantengan bajos niveles de vida con sus secuelas de diversos y agudos problemas sociales.
El problema de salud es uno de éllos por lo que su real solución está enmarcada dentro de la lucha por nuestra liberación Nacional y Social.

Producto de la anterior situación existen:

A. <u>Factores que ahondanel Problema de Salud</u>

I. <u>Mal Estado de Saneamiento Ambiental</u>:

La cobertura insuficiente de los servicios de agua potable y alcantarillado, particularmente en el área rural del país, es responsable de la elevada incidencia de las enfermedades debidas al consumo de agua contaminada y a la deficiente disposición de las excretas.

La actual situación del país en lo que respecta a la cobertura de la población en estos servicios es la siguiente:

De un total estimado en 13'171,800 habitantes para 1969, contaban con:

- agua potable 4'?77,000, o sea,el 33%
- alcantarillado 3'604,000, o sea el 27%

En el área urbana los porcentajes de cobertura son:

- para agua potable el 59%
- para alcantarillado el 57%

En tanto que en el área rural son:

- para agua potable el 10%
- para alcantarillado el 0.2%

2. Escasa Cobertura o Injusta Estructuración de los Servicios de Salud:

La penetración de los servicios de salud en el medio rural continúa siendo deficiente, el Servicio Médico Rural no llega a cubrir esta deficiencia, por la forma como está estructurado y por la inadecuada atención que se brinda, ya que no se cuenta con un mínimo de recursos. Según la Oficina Sectorial de Salud, el funcionamiento de cerca de 80 nuevas Postas Médicas en el período de 1965-1969 y el desarrollo de las vías de comunicación, han permitido la incorporación de 400,000 habitantes anteriormente no beneficiados por sus servicios de atención médica; sin embargo se estima que alrededor de 3'000,000 de campesinos tienen difícil acceso a los servicios permanentes de salud por habitar en zonas alejadas de éstos. En 1970, en un informe sobre el Plan de Integración Orgánica del Sector Salud, se estima que el 54,1% de la población carece de servicios de salud. Este porcentaje representa el 6.9 millones de habitantes, entre los cuales 3.5 millones son campesinos.

Otra de las cosas que agrava el problema de la cobertura, es que por el mayor desarrollo de la ciudad y en especial de la metrópoli en relación con el campo, hay una concentración de recursos en las primeras. En Lima y Callao hay mayor concentración de recursos, con un 19% de la población del país están concentradas el 49% de las camas hospitalarias, el 68.1% de médicos y el 72.3% de las enfermeras. En el resto del país los recursos se concentran también en los centros poblados mayores, con abandono del medio rural.

Esta realidad derermina que en las zonas más pobres del país, donde consecuentemente se presentan las más altas tasas de mortalidad y morbilidad, los recursos son más escasos y casi no existen servicios permanentes de salud.

En cuanto a la Estructuración de los Servicios de Salud, vemos que el problema de la cobertura no es sólo crear servicios de salud, sino de que manera se les estructura y se les pone al servicio de la población dentro de nuestro sistema social, todos no tienen el

mismo derecho a hacer uso de los servicios de salud que obedece a la sociedad de clases que vivimos; Así, podemos encontrar que la estructura de los servicios de salud en las ciudades es el siguiente:

1° Los Hospitales de las Fuerzas Armadas y Auxiliares, son instituciones de casta, en la cual sólo se pueden asistir los mismos militares o sus familias, es decir, nuevamente vemos que las mayorías nacionales están marginadas de hacer uso de este servicio.

2° Los Hospitales de Seguros Obreros y Empleados, los cuales brindan atención médica a la población económicamente activa (16% del total de la población), brinda servicio de salud a costa del descuento alsalario de los trabajadores empleados u obreros,es decir, que de los exiguos sueldos y salarios de la mayoría de empleados y obreros principalmente, se financian estos servicios, mientras que la plusvalía generada por su trabajo se utiliza para beneficio de las clases dominantes.

3° Existen las clínicas particulares y servicios particulares, los cuales paradar saludexigen determinado gasto, que sólo está al acceso de los sectores minoritarios de la población que tienen ingresos económicos elevados, es decir, que las mayorías nacionales no están en posiblidad de hacer uso de este servicio.

4° La Beneficencias Públicas supuestas entidades que deben estar al alcance de nuestro pueblo, actualmente se han convertido en empresas capitalistas que buscan sostenerse a costa de los cobros que hacen a los pacientes por consulta, exámenes auxiliares, hospitalización, y medicamentos; el continuo encarecimiento de estos servicios, restringe cada vez más la afluencia de pacientes de los sectores más empobrecidos.

5° Por último, tenemos los Hospitales del Estado y sus centros de salud y Postas Médicas, éstos son los servicios que cobran pero están alalcance de nuestro pueblo, pero hay que notar que la atención que se brinda es deficiente, la mayoria de estas instituciones carecen de recursos y se debaten en una gran pobreza, se carece de instrumental moderno y las condiciones de higiene son pésimas, sumándose a ésto la falta de personal idóneo.

Como podemos apreciar la estratificación clasista de los servicios de salud margina a las amplias mayorías nacionales, dejando para el uso de éllas los servicios más deficientes y atrasados; debemos tener en cuenta que tenemos una gran población de desocupados y sub-empleados y una alta población en edad de dependencia, lo cual sumados a los bajos sueldo y salarios de la mayoría de la población, hace necesario que desaparezca estaestratificación clasista y se dé atención gratuita a todos por igual, para poder aliviar en parte la difícil situación de nuestro pueblo.

3. LA TERAPEUTICA EN PODER DEL IMPERIALISMO YANQUI

A los factores anteriores señalados como condicionantes de nuestro bajo nivel de salud, se suma el problema que los laboratorios farmacéuticos, en un 90% están en poder del imperialismo yanqui, quien lucra de nuestro pueblo a costa de la venta de medicamentos, es decir, a costa de dar salud.

Las siguientes son las compañías norteamericanas existentes en el país con un 95% de capital yanqui:

1° ABBOTT LABORATORIES DEL PERU S. A. : Importador, distribuidor y fabricante de productos farmacéúticos, afiliado a Abbott Laboratories North Chicago, Illinois.

2° ELI LILLY DEL PERU S. A.: Fabricante de productos farmacéuticos. Subsidiaria de Eli Lilly Panamerican Corp., Indianápolis, Indiana.

3° E.R. SQUIBB & SONS INTERAMERICAN CORPORATION: Distribuidor de productos farmacéuticos. Subsidiaria de E.R. Squibb & Sons Division Olin Mathieson Chemical, New York, N.Y. (Ver Northern Perú Minig-Corp.).

4° JOHNSON & JOHNSON DEL PERU S. A.: Manufactura de artículos de tocador, talco y preparación de otros similares. Subsidiaria de Johnson & Johnson Interamerican Corp., New York, N.Y.

5° LABORATORIES WYETH INTERAMERICAN INC.; Importador, empacador distribuidor de productos farmacéuticos. Subsidiaria de Wyeth Laboratories Inc., Radner, Penna.

6° LANMAN & KEMP BARCLAYS & CO. DEL PERU: Importador y distribuidor de preparaciones médicas y de tocador. Subsidiaria de Lanman & Kemp Barclays & Co. Inc., Pallasade Park, New Jersey.

7° MEAD JOHNSON (PERU) S. A.: Importador y empacador de productos médicos y nutritivos. Subsidiaria de Mead Johnson International, Evansville, Ind,.

8° MERCK SHARP & DOHME (PERU) S.A.: Importador y mayorista de equipos farmacéuticos y productos químicos. Productor y distribuidor de productos farmacéuticos. Subsidiaria de Merck, Sharp &Dohme, Newark, New Jersey.

9° PARKE DAVIES & CIA. DEL PERU S. A,: Importador y mayorista de productos manufacturados. Subsidiaria de Parke Davies & Co. , Detroit, Michigan.

10° PFIZER S.A.: Productos farmacéuticos.

11° PLOUCH -KARDON'S S.A.: Manufactura de productos farmacéuticos y veterinarios. Subdiaria de Plough Inc., Memphis, Tennessee.

12° SINDNEY ROSS S. A.: Importador, distribuidor y fabricante de productos farmacéuticos y de tocador. Subsidiaria de Sidney Co. New, N.Y Afiliada: International Advertising Servico.

13° LABORATORIOS BRISTOL DEL PERU S. A. (con 50% de capital de propiedad yanqui): Manufactura de antibióticos, drogas y artículos farmacéuticos. Afiliada a Bristol Laboratorios, Syracuse New York.

Todos estos laboratorios y otros más como la Bayer, Schering, Roche, Le Pettit, etc. todas de capital imperialista dominan el mercado de medicamentos.

Los medicamentos al estar en manos de estos consorcios imperiaistas hacen que el precio de estos productos esté sujeto al interés de capitalización del imperialismo, es así que encontramos que el precio de los mismos no está al alcance de las mayorías nacionales. El programa de Medicinas Sociales instituido por el Ministerio de Salud en convenio con algunos laboratorios no llega a satisfacer las necesidades nacionales, lo que busca es pretender competir con el imperialismo con productos de mala calidad y sin contar con los medios que posee el imperialismo. El imperialismo posee resortes publicitarios y de comercialización, que si se mantienen conjuntamente con su producción, son superiores a los que pueden hacer un gobierno cono el actual, que no desarrolla una verdadera polftica anti-imperialista sino que concilia con él.

Se hace necesario que todos estos laboratorios en poder del imperialismo y que por años están descapitalizando al país ahondando nuestro problema de salud, pasen a poder del Estado, nacionalizándolos.

B. Otros Factores Condicionantes que Tienen que Ver con el Problema de Salud:

Hay otros factores que en grado variable influyen sobre el nivel de salud, tales como:

1° Las deficientes condicines de la vivienda, que tiene su expresión en el alto grado de hacimiento, la carencia de servicios intra-domiciliarios y el elevado porcentaje de viviendas construídas con materiales precarios.

2° El alto grado de analfabetismo, estimado según el informe de la Reforma de la Educación en 4 millones, aproximadamente el 32.63% de la población mayor de 15 años, ésto se completa con el bajo índice de escolaridad el cual según el mismo informe es de 3 años en nuestro país.

3° La existencia de patrones cultural es diferentes en colectividades importantes del país, también se puede considerar como otro factor.

IV. CRITICA A LA POLITICA DE SALUD DEL ACTUAL GOBIERNO

Los objetivos y metas a mediano plazo del Gobierno Militar en el sector salud, según el Plan Sectorial 1971-1975, se sintetiza en lo siguiente: "El proceso de desarrollo involucra el mejoramiento del nivel de salud de la población. Este mejoramiento está basado en la ampliación de la cobertura y la extensión de servicios preventivos y asistenciales; exige un aumento sustantivo de la eficiencia y productividad del Sector y la asignación de los recursos necesarios para el cumplimiento de los objetivos y metas sectoriales".

El enfoque del problema de la Salud que hace el Gobierno Militar obedece a los intereses de clase que representa, para éllos la salud fundamental es un problema de cobertura preventivo-asitencial, no lo ven como un problema estructural cuya raíz está en nuestro atraso económico de dependencia con el imperialismo yanqui.

En el plan Sectorial de Salud se han planteado a mediano plazo un programa preventivo-asistencial utilizando única - mente los Hospitales, Centros de Salud, y las Postas Médicas del Estado, manteniendo la estratificación del resto de servicios de salud, es decir, sin hacer una integración de los servicios de salud existentes (Clínicas Particulares, Hospitales de las Fuerzas Armadas y Auxiliares, Seguros y Beneficiencias) bajo un sólo comando que debe ser el servicio Nacional de Salud. No pasan a ser dirigidas por el Estado, sino que se mantiene la independencia de esas instituciones.

Con estos programas se sigue pensando que el problema de la Salud fundamentalmente es aumentar las redes de agua y alcantarillado, aumentar la cobertura de atención médica, manteniendo la estratificación existente, y hacer un programa de medicinas básicas, manteniendo la presencia imperialista en el mercado terapéutico; los países que han alcanzado bajas tasas de mortalidad general e infantil, es decir, mejores niveles de salud, lo han logrado fundamentalmente por el desarrollo de sus fuerzas productivas, que ha elevado el nivel de vida de su población.

Pero en nuestras sociedades sub-desarrolladas, en que la salud es una mercancía que está más al alcance de sectores minoritarios que poseen ingresos económicos altos, lo primero que hay que hacer es que la Salud en su aspecto preventivo, asistencial y terapéutico se democratice, sea gratuita, que esté al alcance de toda la población por igual que desaparezca la actual estratificación de los servicios de Salud siendo utilizados por igual por toda la población.

Nuestro pueblo que, con su trabajo y producción, mantiene al Estado, tiene el derecho de exigir que el servicio de Salud sea gratuito y dado a todos por igual.

Por otro lado, vemos que este mismo programa preventivo-asitencial que hemos analizado, con sus características reducidas, dentro del programa político del gobierno, tiene un carácter secundario. Esto lo desmuestra el Gasto de Salud, no obstante, que en los últimos 15 años han aumentado las necesidades de salud. La relación del gasto total del Sector Salud. La relación del gasto total del Sector Salud con el Producto Bruto Interno no ha sufrido variaciones prácticamente durante el último quinquenio, fluctuando entre 3.6-.7%.

Otra tendencia que se aprecia altualmente también a "solucionar" el problema de salud, y que es apoyada por el gobierno, es la Centralización de los Seguros y el Seguro Familiar. Hay que decir que ésta no es una solución justa y verdadera al problema de salud que vive este sector de la

población, porque es poner otra carga sobre las espaldas de nuestro pueblo. Estos seguros se financian con el descuento a los sueldos y salarios de empleados y obreros, los cuales en su mayoría son exiguos y que ahora seguramente serán mayores porque comprende a toda la familia, con lo cual los seguros constituyen una sobre-explotación a nuestro pueblo, que se debe rechazar. La Salud debe democratizarse, pasar a poder del Estado y brindarla a todos por igual y en forma gratuita.

V. PLANTEAMIENTOS Y PROGRAMA DE LUCHA DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL PERU PARA DEMOCRATIZAR LA SALUD EN NUESTRA SOCIEDAD:

Los estudiantes de medicina, en el plano de la lucha social-global, en el aspecto educacional y en los diferentes aspectos de la producción, nos orientamos en esta etapa por una lucha anti-imperialista y anti-granburguesa, consideramos que ésta es la lucha fundamental que tenemos que librar al lado de nuestro pueblo, para liberarnos de la dependencia norteamericana y superar nuestro atraso económico, raí principal de los diferentes males sociales que nos aquejan.

El problema de Salud es uno de esos males sociales. El bajo nivel de vida de nuestro pueblo, determinado por la dependencia y el desarrollo capitalista atrasado, al cual se suma una injusta y deficiente estructuración de los servicios de salud, es el causante del bajo nivel de salud existente, por lo que se hace necesario definir de parte de los estudiantes de medicina, así como de los profesionales médicos y paramédicos, y, en general, del Pueblo Peruano, un programa de lucha que cambie la actual situación de la Salud. Este programa debe integrar el programa mínimo del Frente Unico de clases dirigido por el proletariado.

Los estudiantes planteamos la democratización de la Salud La Salud es un bien social que debe estar al alcance de todos por igual. Para éllo planteamos la lucha por los siguientes puntos:

1° Cambiar la orientación y contenido de la Educación Médica hacia una medcina en función de los problemas nacionales y de la Liberación Nacioanal.

2° Re-orientar la práctica del profesional médico y paramédico de individual y privada, a carrera pública, y que el Estado garantice a todo médico: trabajo estable.

3º Establecimeinto del Servicio Nacional de Salud, organismo estatal que se encargue de todos los aspectos relacionados al cuidado de la salud, es decir, en el aspecto preventivo, asistencial y curativo de todo el país.

4º Estatización de los actuales Servicios Hospitalarios, que desaparezca la actual estratificación de Clínicas Particulares, Hospitales de Sanidad Militar, Seguros y Beneficencias, que todos sean servicios del Estado, que se brinden sin discriminación de ningún tipo.

5º Gratuidad de la Salud. El Estado debe brindar los servicios de salud a la población sin pago alguno. La Salud es una necesidad primaria para el hombre y no debe ser una mercancía más del mercado. El pueblo peruano con su trabajo y producción mantiene al estado, por lo cual tiene derecho a que se le brinde la salud gratuitamente.

6º Nacionalización-estatización de los laboratorios detentados por el imperialismo norteamericano. No podemos permitir que a costa de la salud de nuestro pueblo el imperialismo yanqui siga lucrando y descapitalizando al país.

MOCION APROBADA POR EL PLENARIO DEL IV CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL PERU

SOBRE : " LA ENSEÑANZA DE LAS CLINICAS"

CONSIDERANDO:

I.- Que a nivel nacinal la enseñanza teórico-práctica de las ciencias clínicas es deficiente, lo cual se ha agudizado por el sistema de créditos y el departamentalismo, que reduce el tiempo de duración de los cursos.

Que igualmente no existe una integración y coordinación en el desarrollo de los mismos, producto de la atomización departamental.

Asímismo estos cursos no están orientados en función de los problemas nacionales, lo que se hace más objetivo en los cursos de Pediatría y Medicina Tropical.

Que en la enseñanza de la Terapéutica tampién encontramos que es deficiente por no brindar los conocimeintos básicos necesarios aplicables al conocimiento integral de las clínicas.

Que los cursos de Clínica Quirúrgica son fundamentalmente demostraciones teóricas de técnicas quirúrgicas altamente especializadas.

2.- Que las prácticas clínicas no se realizan en forma adecuada por falta de Hospitales Docentes y de Médicos Docentes Asistenciales que dirigidos administrativa y académicamente por la Universidad permitan un mejor conocimiento de las Clínicas.

3.- Que la mayoría de profesores son a tiempo parcial y reciben baja remuneración económica.

4.- Que el aprendizaje teórico generalmente se hace en base a copias no actualizadas y que el material bibliográfico con que se cuenta en la Bibliotecas es bastante reducido y atrasado, no existiendo libros-textos guías acompañados de material de lectura renovado. y que los libros actualizados que se ofrecen son de elevado costo escasos.

ACUERDA:

1.- Propugnar la reorganización de los cursos de Clínica, ampliando su desarrollo y estructurándolos en función de la formación del Médico Integral. Que los Depatamentos de Pediatría,

Medicina, Ginecológía y Obstetricia, Siquiatría y Cirugía dentro del planeamiento general de la lucha contra el departamentalismo existente, pasen a depender de la Nueva Facultad; para de esta manera lograr la integración y coordinación de la enseñanza de las Clínicas. El aprendizaje de las Clínicas debe realizarse en Consultorios, Emergencia y cama de hospitalización.

Luchar por la ampliación de la enseñanza teórico-práctica de los cursos de Pediatría y Medicina Tropical por ser problemas álgidos de Salud. Asímismo propender al mejoramiento del manejo y aprendizaje de Cirugía Menor.

Exigimos el dictado de Terapéutica Básica integrada a cada capitulo de las Clínicas.

2.- Luchar por el Hospital Docente el cual dependa asistencial y académicamente de la Universidad, es decir, esté dirigido por por la Facultad de Medicina, asímismo mantener los ambientes hospitalarios con que actualmente se cuenta y que el resto de Hospitales estén asignados a la Docencia.

3.- Exigir y propiciar profesores a Dedicación Exclusiva, que se les integre a los Servicios Hospitalarios con una remuneracion justa y estabilidad garantizada.

4.- Planteamos la desaparición del aprendizaje teórico-memorístico en base a copias que se repiten año tras año.

Se debe buscar la elaboración de textos únicos guías que se acompañen de una bibliografía orientadora para implementar esto exigimos la constitución de una Editorial Médica Universitaria que facilite la adquisición a bajo precio de libros-textos y difusión de trabajos nacionales. Se hace necesario ampliar y actualizar el material bibliográfico con que cuentan las Bliblioteca s.

RECOMENDACIONES:

1.- Deben realizarse reuniones periódicas entre profesores y estudiantes a fin de evaluar la enseñanza médica en general y especifícamente de las Ciencias. Los syllabi deben ser también producto de estas reuniones conjuntas para facilitar la integración y evitar duplicaciones.

DIRECCION DE BIBLIOTECA Y PUBLICACIONES
OFICINA DE ADQUISICIONES BIBLIOGRAFICAS
U. N. M. S. M.

MOCION APROBADA POR EL PLENARIO DEL IV CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL PERU

SOBRE: "MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL"

CONSIDERANDO:

1.- Que dentro de la formación del médico integral los cursos de Medicina Preventiva y Salud Pública juegan un rol importante en la medida que den elementos científicos para el conocimiento de la realidad Nacional y hacer de la Medicina una ciencia en función de la Liberación Nacional.

2.- Que por efecto de la Departamentalización el objetivo mencionado se pierde. Se observa que no existe una integración a nivel de las Ciencias Básicas y Clínicas. La asignatura de Epidemiología, disciplina básica para la prevención de las enfermedades, no guarda correlación con la Clínica. Igualmente se observa una deficiente práctica de la Medicina Integral en su proyección a la Comunidad tanto urbana como rural. Los estudios médico-sociales se enfocan sobre problemas adjetivos, perdiéndose en un estudio prolijo de las actitudes de la población, sino con fines de control de la natalidad.
No se investiga ni se hace el diagnóstico médico-social a partir del estado económico de la población.

3.- Que así mismo, la medicina ocupacional, desde el punto de vista de los intereses de nuestro pueblo, está poco desarrollada.

4.- Que los trabajos de proyección a la Comunidad se hacen unilateralmente con programas elaborados por el grupo de docentes pertenecientes a estos cursos, y no se hacen conjuntamente con el organismo representativo de los estudiantes.

ACUERDA:

1.- Exigir el desarrollo de cursos de Ciencias Histórico-Sociales para una correcta interpretación de la realidad peruana. Dichos cursos deben llevarse desde los primeros años, y ser desarrollados en el transcurso de la profesión médica.

2.- Integrar los cursos de Medicina Preventiva con los de Ciencias Básicas y Clínicas, dentro de la coordinación intradepartamental de la Facultad de nuevo tipo, cambiando la actual orientación y contenido de los cursos de Introducción a la Medicina Comunitaria, Epidemiología y Medicina Preventiva y Salud Pública.

3.- Ampliar el estudio y la investigación de la Medicina Ocupacional en función de los intereses populares.

4.- Los organismos representativos de los estudiantes y del pueblo en general, deben intervenir en la elaboración de los llamados programas de Proyección Social.

MOCION APROBADA POR EL PLENARIO DEL IV CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL PERU

SOBRE: " LA INVESTIGACION CIENTIFICA EN MEDICINA"

CONSIDERANDO:

1.- Que la investigación cientffica en las Facultades de Medicina actualmente y de modo general, es incapaz de aportar soluciones a los problemas médico-sociales del hombre peruano.

2.- Que en gran parte de los casos esta investigación sirve más a intereses económicos extranjeros principalmente del Imperrialismo Norteamericano.

3.- Que no existe ninguna planificación ni prioridad en la Universidad para normar la investigación. Que ésta depende más de intereses particulares e individuales.

4.- Que no existen recursos económicos suficientes en la Universidad para la investigación.

5.- Que no se apoya el desarrollo de una carrera de docencia-investigación, y que no existen centros universitarios para su formación de modo general.

6.- Que no se apoya y estimula el desarrollo de la investigación médico-social y médico-clínica.

7.- Que la investigación está centralizada principalmente en Lima y no significa mayor aporte a la solución de los problemas de nuestro país.

ACUERDA:

1.- Que es necesario convertir a la investigación cientffica en uno de los instrumentos de la Liberación Nacional a través:

a) Del apoyo a la investigación científica médico-social y médico-clínica, como prioritarias permitiendo el desarrollo de la investigación básica en nivel prioritario inferior a las anteriores, relacionándose en todo momento a la solución de los problemas nacionales.

2.- Exigir el aumento de los recursos económicos a la Universidad y que una parte significativa de éstos se destinen al funcionamiento de la planificación universitaria de la investigacion, cuyas metas son aportar solución a los problemas médico-sociales del pueblo peruano.

3.- Que se establezca en orden de prioridades los asuntos que deben ser investigados en la Universidad Peruana de acuerdo a los objetivos señalados. En lo referente a las Facultades de Medicina, debe estar orientado a la solución de la Patología prevalente de la zona o región en la que influya.

4.- Que la investigación en la Universidad Peruana sea financiada por la misma Universidad y no por recursos extranjeros; y en el caso de la investigación médica ésta debe ser centralizada por las Facultades de Medicina.

5.- Que la venida de investigadores extranjeros debe estar en función de los programas predeterminados por la Universidad en relación a las necesidades nacionales.

6.- Apoyar la formación de Centros Universitarios de formación de docentes-investigadores y crear las condicines necesarias para el desarrollo de una carrera de este tipo en el Perú; en ese sentido rechazamos la INAE, organismo de investigación dominado por el Estado, que sustrae la investigación del nivel universitario.

Exigir para ellos el trabajo en equipos de investigación, con Docentes a dedicación exclusiva y empleados y estudiantes en lo posible, dejando de lado el trabajo individualista.

7.- Exigir se implemente una administración centralista facultativa y democrática con canales centrales para dar base organizativa y de equipo al trabajo de investigación.

EL CUARTO CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL PERU; Denuncia el arbitrario otorgamiento, por parte de las actuales autoridades, especialmente de San Marcos; del Grado de Doctor en Medicina con tesis que no representan aportes a la solución de los problemas de nuestro país.

R-730178

PONENCIA SOBRE LA INVESTIGACION EN MEDICINA PRESENTADA AL IV CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL PERU POR LA DELEGACION DE UNMSM

La investigación es de modo general una actividad experimental que permite hallar solución a los más variados problemas.

En este sentido la investigación es un medio; un instrumento.

Creemos que es fundamental inscribir nuestra ponencia en el contexto general de hacer de la investigación científica uno de los instrumentos de la Liberación Nacional.

CUESTIONES GENERALES.-

El hombre es un ente biológico, profundamente influenciado por las condiciones del medio social y físico. De un modo general en nuestro país es un ente biológico social que se desarrolla en un eco-sistema adverso. Ello origina una interacción , a partir de la cual se establece discíplinas y metodologías diversas para determinar las leyes de dicha interacción. La investigación médica está comprendida en estos límites y es su objetivo el estudio de la prevención, el mantenimiento y la recuperación de la homeostasis perturbada por dicha interacción.

Cuando la metodológía está encaminada al establecimiento de las leyes que rigen la organización, el mantenimiento dinámico y las leyes del tránsito delo inerte a la materia viva, entonces hablamos de investigación biológica (básica).

La medicina se beneficia de modo inmediato del conocimiento adquirido por la investigación médica (tecnológica). De modo mediato y más trascendente se beneficia de los que provienen de la investigación biológica a través del enfoque más claro y del incremento de las posiblidades de control de las alteraciones del hombre.

CARACTERISTICAS QUE CREEMOS ES RECOMENDABLE POSEA LA INVESTIGACION MEDICA EN EL PERU.-

La investigación médica en nuestro país debe estar dirigida a resolver los problemas de salud del hombre peruano, en tanto que la investigación básica debe resolver los problemas generales de la materia viva; sirviendo ésta, en lo posible, a la primera.

Así, para la investigación médica en el Perú es esencial recomendar el establecimiento de una planificación universitaria de la investigación, basada en un orden de prioridades que esté en relación a las diferentes intensidades con que los agentes de enfermedad afectan al hombre peruano.

A diferencia de ésta, la necesidad de que en el Perú se haga investigación en ciencias básicas, obedece a motivaciones diferentes ya que por la naturaleza de sus estudios, por lo general sus resultados, no son de aplicación inmediata estas motivaciones referidas son:

1.- La liberación económico-política de nuestro país implica la construcción de una ciencia y tecnología nacionales, capaz de destruir la dependencia tecno-científica. La formación de los elementos capacitados para estas tareas requiere de un esfuerzo político educativo durante un tiempo más o menos prolongado.

2.- El país debe contar con cuadros científicos capaces de abordar los problemas técnico-científicos, que se susciten en su posterior desarrollo político-económico.

3.- Estos núcleos científicos posibilitarían la progresiva elevación del nivel académico de la docencia lo que redundaría en una preparación más adecuada de los estudiantes.

4.- La eliminación de la improvisación como política de adquisición de docentes en la Universidad.

Por esto pensamos que la Universidad en cuanto a la investigación científica debe orientar su actividad en dos direcciones:

1.- Planificar la investigación médica en orden a colaborar con la solución de los problemas más agudos en el campo de la salud nacional. Establecimiento de prioridades del trabajo, siendo éste el modo más adecuado para evitar el gasto inútil de sus escasos recursos.

Propugnar el desarrollo de equipos de trabajo de investigacion en temas que la Universidad definirá en orden a lo necesario en la realidad nacional.

2.- Apoyar la planificación y el desarrollo de la investigación básica.

Todo esto implica la inversión de suficientes recursos que dada la trascendencia del trabajo científico, es esencial hacer, superando la situación actual de ausencia de planificación y presupuesto restringido. Debemos recomendar la in-

clusión de las exigencias del Movimiento estudiantil (como parte de su plataforma) la lucha por conseguir mayores recursos financieros en la Universidad, y que una parte signicativa de estos recursos sea dedicada a la investigación. (Actualmente el presupuesto de la Universidad se halla congelado desde el año 1969 y el presupuesto de investigación es del orden de 0.0%).

Ahora es conveniente discutir: ¿Cómo es que la Universidad debe financiar estos programas de investigación?
Creemos que la forma es a través de:

1.- Es necesario que la Universidad aporte además dela planificación de la investigación, el mayor porcentaje del presupuesto que ésta requiere, asígnándole un rol accesorio a los recursos que puedan obtenerse del extranjero. Esto permitirá que los programas de penetración de intereses económicos extranjeros, se restrinjan.

2.- También es esencial que la Universidad a través de una planificación adecuada de la investigación establezca claramente las metas de ésta, y que en estas condiciones pueda promover el concurso de investigadores extranjeros, para desarrollar los cuadros científicos en programas que ha predeterminado en relación a las necesidades nacionales.

En este contexto es necesario que la Universidad promueva el desarrollo de la carrera docente, asegurando retribuciones adecuadas mínimas y creando las condiciones que permitan la estabilidad de la carrera docente.

Debe la Universidad establecer un sistema de ascenso jerárquico basado esencialmente en el apoyo a la creactividad de los trabajadores.

La Universidad debe propiciar que la mayoría de sus docentes sean investigadores a dedicación exclulsiva.

La Universidad debe además, establecer canales regulares de formación de docentes-investigadores, por medio de:

1.- Hacer conocer al estudiante la naturaleza y perspectiva del trabajo científico.

2.- Permitiendo que el estudiante participe del trabajo de investigación, modificando convenientemente sus currícula.

3.- Coordinar los diferentes esfuerzos entre los distintos centros de investigación en la Universidad y fuera de ella. Tendiendo a evitar la duplicación, el aislamiento, y posibilitando así la realización de programas interdiciplinarias de investigación.

En cuanto a la mecánica del trabajo científico, debemos recomendar que éste, realizado en equipos de trabajo, que incluyan a docentes y técnicos y en lo posible a estudiantes; impidiendo de este modo el desarrollo de un individualismo negativo.

Los estudiantes, creemos, deben participar del trabajo de investigación como parte de un currículum opcional y ésta podría ser una de las alternativas a las tesis de bachillerato, trabajos éstos, que mayormente son recolecciones estadísticas sin trascendencia ni continuidad.

Este currículum opcional, permitiría al estudiante integrarse a un proyecto específico en un equipo de trabajo, siendo la norma de su evaluación la participación regular que haya tenido en el equipo y la sustentación del trabajo realizado.

Otra alternativa a la Tesis de Bachillerato es el desarrollo de trabajos monográficos en relación a los aspectos prioritarios que desarrollan los equipos de investigación.

MOCION APROBADA POR EL PLENARIO DEL IV CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL PERU SOBRE "EL INTERNADO RURAL"

CONSIDERANDO:

I.- Que la práctica del Internado Clínico u Hospitalario presenta serias deficiencias en cuanto a su estructura desligada del problema médico nacional, así mismo en cuanto a su conexión con las Facultades de Medicina se refiere.

2.- Que existe en perspectiva la constitución del Internado Rural y el Servicio Civil de Graduandos.

ACUERDA:

1.- Aumentar la práctica de Pediatría y Obstetricia, por ser alta su tasa de morbi-mortalidad en nuestro país. La práctica de Cirugía debe estar orientada principalmente a la Cirugía Menor y Emergencias Quirúrgicas.

2.- Que el personal docente de la Facultad participe en la práctica del interno, para lo cual las Facultades de Medicina deben seleccionar y calificar los Hospitales donde pueda desarrollarse esta actividad conjunta.

3.- Realizar el Internado Rural. Esta práctica debe durar 6 meses y debe depender de la Universidad. Rechazamos el Internado Rural o servicio Civil de Graduandos bajo la dependencia del Ministerio de Salud.

4.- Exigir remuneración económica por todas estas prácticas, las cuales deben standarizarse y corresponder al Primer Grado de la escala de Profesionales Médicos que sirven al Estado.

DOCUMENTO: IV CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL PERU

"EL INTERNADO RURAL"

El programa de Internado Rural incluído en el último Plan Sectorial de Salud 1971-1975 se implanta con carácter obligatorio, para ser cumplido por los alumnos egresados no graduados de los Programas Académicos de Medicina de la Universidad Peruana, por un lapso no mayor de 12 meses y no menor de 6 meses. Este programa se cumplirá en las Postas Médicas rurales designadas por el Ministerio de Salud y cuyo número oscila alrededor de 150 en todo el país.

En verdad no es nuevo el Programa de Internado Rural, ya que su elaboración data desde el año de 1969 a raíz de una visita del Presidente Velazco al departamento del Cuzco donde quedó "profundamente conmovido" de la carencia absoluta de servicios de salud, situación que sume al campesino y la población rural (más de 4 millones de habitantes), en el más completo desamparo de su integridad biológica. Se determinó enese entonces, la implantación del Servicio Médico Rural o Internado Rural; con este objeto se elaboraron varios proyectos; en un principio se inicluía estrictamente a los egresados no graduados, posteriormente se cambió hacia los médicos graduados, programa que se ha querido implementar en el presente año y para el cual se programaron 154 postas rurales, dejando sin efecto lo que inicialmente se planteó; incrementar este número de postas con las postas de los Seguros Sociales y de las Fuerzas Armadas. Alrededor de 70 médicos en su mayoría recién egresados, se presentaron al concurso, pero luego del conocimiento de la zona en que iban a trabajar y de los recursos con que iban a disponer desertaron 15, y sólo 55 médicos están cumpliendo el Servicio Médico Rural en la actualidad. Los motivos que impulsaron a la deserción radican, según versión de los propios médicos participantes, en el aislamiento de la zona de trabajo, la mayoría de estos lugares no son accesibles por carreteras de ningún tipo, sino solamente por caminos de herradura y el transporte se hace a lomo de bestia.

Los servicios de comunicación son escasos. Por otro lado la carencia de recursos materiales agrava la situación del médico, al no disponer de los elementos necesarios para una labor médica siquiera aceptable. Hay que mencionar que estos médicos cumplen su labor sin enseres mínimos, sin material quirúrgico adecuado, que ni se mencione un Laboratorio de calidad suficiente.

Ante la incapacidad de cubrir las plazas médicas abandonadas y ante la evidencia del fracaso de su Programa, las autoridades del Ministerio de Salud, ha determinado extender el programa a los egresados no graduados.

PORQUE SE CREA EL INTERNADO RURAL.-

Los motivos de la creación del Internado Rural o del Servicio Médico Social efectuado en las circunstancias anecdóticas mencionadas, son plasmados dentro de un mismo molde ideológico, tanto en los diversos proyectos elaborados así como en el Decreto Ley y en el mismo Plan Sectorial de Salud. Todos ellos parten de una misma premisa de diagnóstico de la Salud Pública del país en el sentido de que existe una centralización de la atención médica y una concentración excesiva de médicos en la capital. Luego concluyen conjuntamente en necesidad de desconcentrar la atención médica y la cantidad de médicos residentes en la capital con el objetivo de "racionalizar y extender la cobertura de servicios de salud en general".

Posemos ver entonces, de primera intención, al analizar la premisa aducida por los organismos de salud, el claro propósito de focalizar, aislar, minimizar y desvirtuar la verdadera naturaleza y las verdaderas causas del estado actual de la salud en el Perú, que no son otras que aquellas que residen en los caracteres de la estructura en nuestro país, determinada por los problemas económico-sociales.

La centralización de la atención médica es sino un reflejo de nuestra economía fundamentalmente agro-extractiva, determina o por el imperialismo norteamericano, cuya modalidad monopolística y de enclaves creó focos aislados de producción y actividad industrial en los que, lógicamente, se dieron posibilidades de creación de servicios de salud; típico ejemplo lo constituyen Lima, los departamentos de la Costa con complejos agroindustriales y los asientos mineros. Ahora bien, dentro de estos mismos focos de concentración médica se observan diferencias abismales en cuanto al acceso a la atención médica, lo que se evidencia en el fraccionamiento del sector salud y en la distribución injusta del presupuesto, de los recursos humanos y materiales de salud, de tal manera que las fracciones de salud de Seguros y Fuerzas Armadas con casi la mitad del presupuesto de salud sólo aienden al 15% de la población, mientras

que las dependencias del Ministerio y de la Beneficencia disponen de la mitad del presupuesto para el 60% de la población. Si todo esto ocurre en los sectores urbanos de concentración de servicios de salud, lo que acontece en el medio rural es mucho más grave por la carencia de estos servicios y por el pésimo saneamiento de las condiciones ambientales, principalmente en lo que se refiere a servicios de agua potable y alcantarillado; y finalmente la desnutrición secular de nuestro pueblo, todas, causas que hacen víctimas fáciles a la madre y al niño cuya atención médica debería ser preferencial. Al respecto, basta mencionar que el 60% de los partos en el Perú carecen de atención médica. Fiel reflejo de esta injusta y exasperante realidad son las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad Materno-infantil.

ALGUNOS PARAMETROS SOBRE EL NIVEL DE VIDA Y SALUD EN EL AREA RURAL.-

I.- Deterioro del peso normal en niños pre-escolares.

Perú: 1965-1968 Clasificación de Gómez

Zona	lugar	Encuestados	Grados de desnutrición			
			Normal	I	II	III
	Barrios Altos y Lima.	24,000	69.7%	25.0	5.0	0.3
LIMA Y CALLAO	Ventanilla	1,200	94.1	3.0	2.3	0.2
	Reynoso-Callao	705	88.2	6.4	5.3	0.1
	Totorita-Rimac	162	60.5	31.5	8.0	0.0
SIERRA	Cercado de Puno	381	81.1	14.2	3.7	1.0
	Junin: Area Rural	2,343	19.6	47.5	27.2	5.7
SELVA	Tarapoto-San Martín	205	19.0	50.7	25.5	4.8

2.- Estado de saneamiento ambiental.-

	Población	Con agua potable		Con alcantarillado	
Perú	13'171,800	4'377,000-	33%	3'604,000-	27%
Area urbana			59%		57%
Area rural			10%		0.2%

3.- Cobertura de los servicios de salud en el Area Rural.-

3'000,000 de habitantes sin atención médica de ningún tipo.

4.- Tasas de cama por mil habitantes.-

Perú	2.32
Callao	4.43
Lima	5,19
Tacna	4.79

Amazonas, Apurímac	
Ayacucho, Cajamarca	0.54-0.93
Huancavelica, Puno	
Huánuco	
Menos de 1x 1,000	

La tasa del Perú de 2.32 camas por 1,000 irá en descenso, ya que para mantenerla se requeriría construir 5,296 camas desde 1971 a 1975 y sólo se va a lograr un máximo de 1,500 lo que representa un déficit de 3,800 camas.

El crecimiento de la infraestructura, medida en términos de camas hospitalarias, no seguirá pues el incremento demográfico, hecho gravísimo casi irremediable dentro de la actual Política de salu.

5.- Nivel socieconómico y servicios de salud, en tasas x 1,000

	Ingreso per capita (en soles)	Mortld. General	Mortld. Infantil	Camas	Médicos x 10,000 hab.
Perú	15,500	15,2	116.5	2.41	5.13
Lima	24,700	12.0	108.9	4.90	15.13
Apurímac	8,100	18.6	150.4	0.59	0.71
Huancavelica	8,400	18.8	133.5	0.85	0.60

Por consiguiente, todo lo expuesto nos permite fácilmente llegar en principio a 4 conclusiones:

1.- El problema de la Salud Pública en nuestro país tiene una raíz profunda en su estructura, fundamentalmente en la distribución desigual de recursos.

2.- Está ligado estrechamente a nuestro estado de subdesarrollo económico y de dominación por el imperialismo.

3.- La salud en el Perú, país capitalista atrasado, es una mercancía y por lo tanto tiene un carácter adjudicatorio de clase social.

4.- El Area Rural del país, la zona de mayor atraso económico con rezagos feudales aún, soporta los peores niveles de vida y salud del Perú.

Encuadrado dentro de toda esta realidad el Internado Rural o el Servicio Médico Rural se nos ofrece claramente como un propósito demagógico de pretender resolver el problema de cobertura de salud del país, por lo siguiente:

a) No ataca la raíz del problema que reside esencialmente en una estructura fraccionada y en la distribución discriminada de recursos.

b) No crea la infraestuctura de salud en la zona rural indispensable para una real perspectiva de desarrollo de los servicios de salud.

c) Ignora la realidad socioeconómica rural las condiciones del saneamiento ambiental, la destrución endémica, etc., factores que inciden directamente en los niveles de vida y salud.

d) Improvisa a un contingente humano que en su mayoría desconoce la problemática de Salud rural, que se halla desvinculado a la Realidad Nacional y que por lo tanto adolece de la formación imprecindible de una mentalidad de compromiso con su realidad. Todo esto fruto de una Educación Médica deformante y alienante, la cual sigue formando médicos de ideogía individualista y preparados sólo para el ejercicio privado al servicio de los sectores privilegiados del país si no de los intereses extranjeros.

e) Dentro de su propia óptica tecnicista posee grandes limitaciones de aportar los recursos materiales de salud necesarios.

Pero es necesario también señalar una alternativa de un Programa dentro del cual el Internado y el Servicio Médico Rural asumirán un verdadero significado y cumplirán un rol positivo para la solución de la problemática de la salud en el Perú:

UNIVERSIDAD N. M. DE SAN MARCOS
DIREC. DE BIBLIOTECA Y PUBLICACIONES

A.- Cambio de estructura: creación del Servicio Nacional de Salud, es decir la unificación de los servicios de salud bajo un solo comando que se encargue de planificar la salud y orientar la atención médica a todos los peruanos sindiscriminaciones.

B.- Creación de la infraestructura de salud rural: la que a su vez planificará la salud de acuerdo a las necesidades propias del área rural.

c.- Integración de la infraestructura de salud: a los planes locales de desarrollo económico, saneamiento ambiental y nutrición.

D.- Nueva orientación de la Educación Médica: cambio de su carácter de ejercicio privado, individualista y puramente asistencial por el de Medicina Social e integral.

E.- Desaparición del ejercicio privado de la Medicina: y que la profesión médica se convierta en una carrera pública con estabilidad económica.

F.- Nacionalización de los laboratorios farmacéuticos.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
BIBLIOTECA CENTRAL
Lima - Perú

731190

MOCION APROBADA POR EL PLENARIO DEL IV CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL PERU

SOBRE: " EL PROBLEMA ECONOMICO DE LAS FACULTADES DE MEDICINA "

CONSIDERANDO:

1.- Que el estado económico actual de las Facultades de Medicina es totalmente precario, reflejándose ellos en las dificultades que tiene el estudiantado para formarse científico-socialmente en favor de nuestras masas populares:
- Que las Universidades Estatales ven reduciadas cada vez más sus presupuestos de parte del gobierno.
- Que las Universidades Particulares, aparte del aporte estatal, tienen la ingerencia de capitales extranjeros y particulares para equilibrar su presupuesto, trayendo con ello el problema de penetración imperialista principalmente norteamericana.

2.- Que este estado económico precario se ve agravado por el sistema de departametalización mediante el cual el presupuesto designado para la Facultad de Medicina se ve diluído arbitrariamente a través de sus departamentos.

3.- Que tal estado económico afecta la estabilidad del estudiantado médico en su Facultad, reflejándose ellos en el cobro arbitrario de pensiones.

4.- Que los problemas económicos actuales de las Universidades devienen de nuestra condición de país con una economía capitalista atrasada y dependiente del Imperialismo norteamericano. Y que los problemas económicosociales no se van a solucionar mientras no se logre un cambio radical de estructuras y se alcance una nueva estructura económico-social en que la producción sea planificada en función de las necesidades de la sociedad en su integridad.

5.- Que no se presentan posibilidades inmediatas de solución a través de la política presupuestal que realiza el actual gobierno.

ACUERDA:

1.- Exigir elaumento de las rentas para las Universidades por parte del Estado.

2.- Propugnar que la enseñanza universitaria sea estatizada y no quede en manos de particulares. En este aspecto nos pronunciamos por la estatización de la Universidad Particular "Cayetano Heredia" como medida de solución de sus problemas económicos y abolir la ingerencia de intereses imperialistas norteamericanos a través de sus diferentes programas.

3.- Exigir que la estructura presupuestal para las universidades sea en fundación de las necesidades de cada una de las Facultades y sean ellas las que planifiquen tal presupuesto. En nuestro caso, que sea la Facultad de Medicina la que reciba un determinado presupuesto estatal.

4.- Desaparición del departamentalismo así como un rechazo total a la actual estructura que rige a las universidades y por ende a las Facultades de Medicina.

5.- Que la Asociación Nacional de Estudiantes de Medicina (ANEM), se encargue del estudio del presupuesto por alumno en formación médica para que a partir de dicho estudio se logre presupuestar la renta de cada Facultad.

6.- Encargar un estudio exhaustivo acerca de la posibilidad de la integración de las 3 Facultades de Medicina de la capital.

MOCION APROBADA POR EL PLENARIO DEL IV CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL PERU

SOBRE: "LA PENETRACION IMPERIALISTA EN LAS FACULTADES DE MEDICINA"

CONSIDERANDO:

1.- Que la penetración Imperialista, principalmente norteamericana, se da en nuestra economía, lo que se refleja necesariamente en el plano de la superestructura Jurídico-política e ideológica; así la educación y la cultura son organizadas y orientadas para cumplir los intereses del imperialismo y sus aliados internos para consolidar la dominación Neo-colonial sobre nuestra sociedad.

2.- Que las investigaciones como un aspecto fundamental de la penetración imperialista que se realiza en las Facultades de Medicina, de ninguna manera es diferente a la penetración del Imperialismo en otras facultades, a no ser en aspectos parti -

ICA
IV CONGRESO de ESTUDIANTES de MEDICINA del PERU
5- 10 JUNIO 1972 - LIMA PERU.

culares referentes a la naturaleza de estudios que se realizan.

3.- Que existe una estrecha vinculación de la Docencia Universitaria con Instituciones imperialistas para financiar programas sobre investigación, cuyos propósitos se oponen a las perspectivas de la Liberación Nacional.

4.- Que este tipo de penetración imperialista se objetiviza a través de los Programas de Control de la Natalidad en coordinación con algunas Universidades como la Universidad Cayetano Heredia donde se establecen Centros de Planificación Familiar y donde además existen programas de investigación sobre la Fisiología de la Reproducción, propiciados por los Grants.

5.- Que a través de Programas de "Proyección Social" como la Medicina Comunitaria, basados en esquemas establecidos por organismos imperialistas como la FEPAFEM y la OPS, se trata de inculcar en los estudiantes una mentalidad acorde a los intereses del imperialismo.

6.- Que la penetración imperialista se efectiviza también a través de la orientación de las Universidades en cuanto a su programación y por intermedio de libros y revistas.

7.- Que existen centros de Adiestramiento Especial (como el de la Universidad del Valle-Colombia) donde se elaboran programas de enseñamza para los estudiantes de Medicina, orientados en función de los intereses imperialistas.

8.- Que en nuestro país la Asociación de Directores de Programas de Medicina del Perú pertenece a la FEPAFEM (organismo coordinador a nivel latinoamericano de la infiltración imperialista), siendo su presidente el Dr. Jorge Vinatea Collins (Trujillo), ejecutor de estos planes y con remuneración en dólares por parte del Proyecto Hope y FEPAFEM.

ACUERDA:

1.- Rechazar la política de sometimiento cultural por parte del imperialismo norteamericano, que se da en los Programas impartidos a las Facultades de Medicina.

2.- Denunciar y buscar la supresión de los Programas de Control de la Natalidad en las Universidades y el país en general.

3.- Pedir y luchar porque los programas de investigación sean orientados y financiados por la Universidad Peruana con dinero del Estado.

4.- Que deben ser los CEM, los que orienten la participación en los programas de proyección a la comunidad, esclareciendo los fines que persiguen estos programas.

5.- Promover la confección de textos de Medicina en las Universidades elaborados por autores nacionales, con enfoque de la enseñanza médica hacia un plano que encuadre a la realidad socioeconómica del país.

6.- Denunciar y expulsar de las Universidades a los agentes del imperialismo, principalmente norteamericano, ejecutores de sus programas, en especial al presidente de la Asociación de Directores de Programas de Medicina del Perú, Dr. Jorge Vinatea Collins.

IV CONGRESO NACINAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL PERU

"LAS FACULTADES DE MEDICINA Y SUS RELACIONES EN LOS ORGANISMOS PUBLICOS DEL SECTOR SALUD "

La estructura de Salud del país de acuerdo al contexto semicolonial y dependiente del Imperialismo, principalmente norteamericano, se desenvuelve en función de los intereses de las clases que detentan el poder económico y político de nuestra sociedad. El se manifiesta por la continuación, fundamentalmente, de una desigual distribución del Derecho de Salud.

Por esto, el nivel de salud es deficiente. Observamos una elevada tasa de mortalidad y morbilidad especialmente infantil, insalubridad ambiental, escasez y mala utilización de alimentos y el imcompleto grado de cobertura de la población. Situación agravada por una errada política de Salud caracterizada:

a) Por la pluralidad del Sistema de atención médica en el país, que conlleva a:
   - Duplicidad de actividades en los mismos grupos de población.
   - Acción competitiva entre instituciones del sector para la distribución de recursos, particularmente financieros, generando la existencia de grupos de población favorecidos o privilegiados.
   - Inadecuada utilización de instalaciones, equipo y recursos humanos.

- Desigual remuneración del personal médico y para-médico.
- Como consecuencia de lo anterior, hay apreciables diferencias con los recursos de cada institución y que se traducen en diferencias en la calidad y cantidad de atención médica proporcionada a la población cubierta.

b) Por el escaso grado de coordinación a nivel local y nacional de las Instituciones que tienen relación del problema de Salud, Ministerio y Universidades, Facultades de Medicina.

En el último Congreso de Estudiantes de Medicina, realizado en Arequipa, los centros Hospitalarios desde el punto de vistade la docencia médica fueron clasificados en :

- Hospital Docente tipo A; u Hospital Universitario.
- Hospital Docente tipo B; o Asociado.
- Hospital Afiliado.
- Hospital no Afiliado.

Igualmente, en el Congreso de Estudiantes de Medicina, se estableció que el Hospital Universitario tipo A resulta el Norte del Movimiento Estudiantil; por esto ratificamos el sentir del III Congreso en cuanto al Hospital tipo B se refiere, por haberse demos - tado objetivamente la bondad y eficacia. Pero es necesario recalcar que las condiciones de estos hospitales deben ser elevadas, dotándolas de mejores instrumentos técnicos y área física, porque aún existen algunos que no justifican su condición de Hospital Docente.

Creemos que la zonificación, dispuesta últimamente por el gobierno es parte de una política equivocada en el Sector Salud, que no soluciona de manera alguna el problema fundamental, ni las anteriores ya mencionadas; creemos que sólo se logrará con una profunda transformación socio-económica.

MOCION APROBADA POR EL PLENARIO DEL IV CONGRESO

NACIONAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL PERU

SOBRE:

"LA SITUACION DE LOS HOSPITALES DOCENTES Y AFILIADOS A LA DOCENCIA"

CONSIDERANDO:

1.- Que el Hospital más adecuado para la enseñanza es aquel que depende íntegramente, en cuanto al personal técnico y manejo administrativo, de la Facultad; es decir el Hospital Universitario.

2.- Que el Hospital General Base Regional se vislumbra para la Docencia y que tiene limitaciones de instrumentos, recursos humanos y área física.

ACUERDA:

1.- Exigir, tal como se acordó en el III Congreso de Estudiantes de Medicina, que el HOspital General Base Regional, se convierta en Hospital tipo B.

2.- Exigir la debida implementación de estos hospitales en los aspectos de Instrumental, asistencial, recursos humanos y área física.

3.- El movimiento estudiantil no debe descuidar su tarea fundamental en sus luchas reivindicativas, hasta la consecución del Hospital Docente Universitario.

CONSIDERANDO:

1.- Que la reglamentación vigente respecto a las relaciones entre las entidades estatales, particulares y para-estatales con las universidades en la cual no ha habido participación real de sectores implicados.

2.- Que lo positivo que resulta mantener los Hospitales Afiliados a la docencia posibilita un soporte a los deficientes recursos hospitalarios.

ACUERDA:

1.- Exigir la reformulación de esta legislatura, así como en todas sus especificaciones en base a la participación de sectores implicados, especialmente de profesores y alumnos.

2.- Exigir la utilización de los Hospitales Afiliados como unidades complementarias al Hospital tipo B.

MOCION APROBADA POR EL PLENARIO DEL IV CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL PERU

SOBRE:

"LA ZONIFICACION DEL PAIS ENTRE LAS DIFERENTES FACULTADES DE MEDICINA"

CONSIDERANDO:

1.- Que la zonificación responde a la política inadecuada de salud, que se caracteriza por pretender ampliar la cobertura.

2.- Que se ha determinado la zonificación del país entre las diferentes Facultades de Medicina, sin el análisis adecuado de sus alcances y proyecciones, y sin determinar claramente en relación al aspecto académico docente.

3.- Que la zonificación posibilita la proyección de la Universidad a las diferentes regiones del país.

4.- Que los Programas de Medicina resultan poco prácticos y los futuros médicos no están siendo preparados para definir y evaluar su rol social o el rol de su profesión en nuestra realidad nacional.

ACUERDA:

1.- Exigir la planificación de la zonificación del país en áreas de influencia docente, con la participación efectiva de las Facultades de Medicina, en acción coordinada con los organismos de Salud.

2.- Dejar establecido que esta zonificación será inadecuada para la docencia mientras no reúna las condiciones económico-asistencial mínimas.

3.- Participar, como labor de Proyección Social que compete a la Universidad en la zonificación, tomando una actitud consciente y crítica.

4.- Que cada base haga un análisis exhaustivo de la zona geográfica asignada y de los Hospitales que pueden ser considerados como Hospital Base Regional Docente.

RECOMENDACION.-

De acuerdo a la sugerencia de la Clomisión N° 3 de este IV Congreso, en lo referente a la reactualización del acuerdo tomado por el Congreso I°, en el sentido de creae una Facultad de Medicina en la Amazonía Peruana; se recomienda que dicha consideración sea tratada después que las bases informen acerca de su situación real frente a zonificación del país, y que la Asociación Nacional de Estudiantes de Medicina sea la encargada de coordinar estos aspectos.

MOCION APROBADA POR EL PLENARIO DEL IV CONGRESO

NACIONAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL PERU

SOBRE: "EL RESIDENTADO "

CONSIDERANDO:

1.- Como consecuencia de una equivocada orientación de la práctica profesional del egresado, el residente no es considerado como médico sino como un interno más . Y que en muchos casos hay una apreciación errada de esta etapa de especialización , considerándosele al residente un estudiante más, no ubicado aún en el sistema ocupacional y, por ende sin exigencias económicas urgentes.

2.- Que paradójicamente, el núcleo fundamental de problemas del residente está relacionado a su explotación en cuanto su nivel de salarios es mínimo mientras el número de horas que trabaja y el tipo de servicios que presta es muy superior al que corresponde al servicio médico normal. Se trata pues en mucho, de un metodo de consecuensión de "médicos Baratos".

3.- Esta etapa del egresado está rodeada de toda una serie de dificultades (falta de programas docentes, vacantes limitadas, trámites morosos, etc.) que condicionan que no correspondan a los intereses de una buena especialización.

ACUERDA:

1.- Exigir que el Residentado sea considerado como una carrera pública del Estado, contándose esta etapa como años al servicio del mismo, y con todas las condiciones que aseguren al residente su estabilidad laboral después de terminada su especialización.

2.- Luchar por la creación del Servicio Unico de Salud en tanto la pluralidad de los sistemas de salud (castrense, seguros privados, beneficencia, estatal, etc.) afecta, también la especialización de los residentes.

3.- Que el residente sea remunerado tan igual al médico ingresante al servicio del Estado. Y que se consideren bonificaciones - por horas extras y trabajos especiales.

4.- La necesidad impostergable de instrumentar debidamente Programas Docentes para el Residentado, organizados y orientados por la universidad respectiva, que vayan guiando adecuadamente el proceso de especialización del egresado.

5.- El Residentado debe ser considerado como actividad post-grado, extendiéndoseles al final del mismo el título de médico especialista.

6.- Todos los hospitales que sean calificados por las respectivas Facultades de Medicina como aptos para encargarse del Residentado, deben darlo.

7.- Los concursos deben ser abiertos, convocándose en un tiempo límite conveniente.

8.- El residente debe ser nominado para todos los años del Residentado. Posteriormente debe ser ubicado en el escalafón de salud, sin tener en cuenta la edad.

SECCION DE PUBLICACIONES Y BIBLIOTECA
SECCION DE PUBLICACIONES BIBLIOGRAFICAS
O.N.M.S.M.

MOCION APROBADA POR EL PLENARIO DEL IV CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL PERU

SOBRE: " EL SERVICIO MEDICO RURAL "

CONSIDERANDO:

1.- Que el informe sobre la Situación de Salud en las Zonas Rurales es el siguiente:

a) Las zonas rurales de nuestro país son las que con mayor urgencia requieren de atención médica por su situación actual. En 1968, el 54.1% (6.9 millones de habitantes) de nuestra población carecía de atención médica permanente, de los cuales 3.5 millones correspondían al campesinado. Los servicios de agua potable en el mismo año no abastecían el 93% de la población rural , ni al 29% de la urbana. Peor aún, el 100% de nuestra población rural cuenta con servicio de alcantarillado mientras en la ciudad este porcentaje llega al 33% .

b) Hay relativa concentración de los recursos de salud en el área urbana, acaparando el 68.% de médicos y el 72.3% de enfermeras. Además, la zona de Lima-Callao absorve el 49.9% de las camas hospitalarias, cuyo porcentaje por cada mil habitantes (2.4 en 1968) es uno de los más bajos inclusive en Latinoamérica.

2.- Que el Servicio Médico Rural se define en tanto prácticas profesionales en medios rurales, fundamentalmente agrarios.

3.- Que el Servicio Médico Rural propuesto por el gobierno actual:

a) Tanto el gobierno actual como los anteriores, han considerado la necesidad del Servicio Médico Rural. Este seda como una medida aislada dentro de un contexto general que no es el de una planificación real del conjunto social en función de las necesidades populares.

b) No se tiene en cuenta, para el mismo, los recursos materiales que coadyuven la práctica y superación profesional de los que trabajen en dicho programa. Estos se desenvuelven como islas de salud en un mar de insalubridad.
No hay una polftica general coherente que tome en cuenta las particularidades regionales, lo que posibilite realmente la permanencia de los médicos posteriormente en esas zonas.

c) Hay una inadecuación entre la preparación médica y las características de la práctica rural. Preparación que evidentemente no se va a subsanar con cursillos acelerados.

d) Con todas estas limitaciones, el SMR permite una muy relativa mayor cobertura de las necesidades de salud de la población rural. Además por las necesidades de la misma práctica profesional en esas zonas, ésta puede ir abriendo limitadamente el camino a la superación del cientificismo actual. Y a la comprensión de la problemática social en la que todo médico se encuentra inmerso.

4.- Que la situación actual de salud es uno de los aspectos necesariamente tendrán que ser cambiados de raíz por el mis pueblo; que el SMR no es la solución al problema de salud del pafs, que descansa en las razones ya enumeradas en los considerandos generales; y que tenemos la necesidad de ir apuntando independientemente hacia una alternativa auténtica los esfuerzos del estudiantado de medicina y del gremio médico, con todas las limitaciones actuales; acuera una serie de puntos concretos en este sentido.

ACUERDA:

1.- Incentivar la práctica profesional en zonas no urbanas a través de una orientación diferente a la actual, que en las dificultades concretas vaya abriéndose a la perspectiva general de liberación de nuestro pueblo.

2.- Algunos puntos concretos:
   a) Equipo polivalentes deben estudiar previamente las áreas rurales en todos sus aspectos.
   b) El SMR debe estar comprendido dentro del Servicio Unico de Salud.
   c) Para la mejor distribución del personal es necesario tomar en cuenta los datos personales y de procedencia.
   d) Debe haber una supervigilancia a cargo de la Universidad correspondiente y del Servicio Unico de Salud.
   e) Los equipos de personal polivalente deben estar constituídos en función de las necesidades del medio.
   f) Condicionar los establecimientos de salud con el equipamiento necesario.
   g) Capacitación y preparación de los equipos polivalentes.
   h) Posteriormente, después de la medicatura rural, el estudio debera proporcionar condiciones estables de trabajo al egresado.
   i) Se deben sistematizar las experiencias de la práctica rural a través de informes y evaluaciones detalladas.
   j) Las remuneraciones tanto de los internos como de los egresados que ejercen la práctica rural, debe ser la misma.

MOCION APROBADA POR EL PLENARIO DEL IV CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL PERU SOBRE: "LOS PROBLEMAS DEL EJERCICIO PROFESIONAL

CONSIDERANDO:

1.- Que los problemas del Ejercicio Profesional no deben enfocarse cada uno por separado sino que necesitan primero una visión general que ayude a comprender los problemas específicos.

2.- Que la explicación correcta de las dificultades de nuestros colegas egresados no pueda en la buena o mala voluntad de las autoridades competentes o de los mismos, sino en la situación total de nuestra sociedad en tanto deformada por el imperialismo. Es nuestra situación de semicolonia la que en última instancia explica los problemas del sector médico, como expresión concreta de las limitaciones que caracterizan esta situación dependiente. La falta de trabajo, la centralización médica en las zonas urbanas, la orientación asistencialista de la enseñanza, la insalubridad rural la investigación deformada, son al final de cuentas manifestaciones de una sociedad entrabada y mutilidad sin posibilidades de un desarrollo armónico para el pueblo mientras no rompa con el imperialismo yanqui.

3.- La solución auténtica tanto de los egresados como del pueblo con respecto al sector salud, no se dará sino en cuanto Revolución del pueblo y según sus intereses. El contexto de un ordenamiento económico independiente dará al pueblo la medicina que necesita y a los Trabajadores de la Medicina las posibilidades reales de cumplir cabalmente con sus aspiraciones; sin embargo, si esta es la perspectiva de nuestros trabajos, no significa el alejamiento de las tareas del momento en aras de un porvenir mejor, sino un reordenamiento en una orientación revolucionaria. No son pues, cosas antagónicas la perspectiva general y las tareas concretas. Es a partir de estas limitaciones y de su orientación social adecuada que se irá forjando en el estudiantado de Medicina la conciencia anti-imperialista que le permitirá visualiza mejor y luchar consecuentemente por sus reivindicaciones concretas y unirse al pueblo en sus luchas de liberación.

4.- Que es preciso, dentro de esta dirección señalar algunas características que rodean al ejercicio profesional, en referencia a los 5 temas específicos fijados en el Temario:

a) La orientación de la profesión médica que ha primado y prima es la asistencialista, liberal, privatista y mercantil.

El médico es concebido mentalmente como extraido de su contexto, como mercader de salud que no ve más alla de la casuística que trata; es pues, indispensable abrirle la perspectiva integral y social de los Trabajadores de la Medicina.

b) Las limitaciones que el médico encuentra en su práctica profesional (desde laestrechez social para integrar al egresado hasta los problemas de jubilación médica), obedecen a la situación de nuestra sociedad semicolonial como dijéramos antes.

c) El sector salud no cuenta con una planificación debida que distribuya adecuadamente los recursos con que se cuentan, y por lo mismo garantice al sector médico su continua superación en todos los campos afines.

d) La investigación científica que se realiza en el país, y que es transmitida como orientación durante la enseñanza médica, en general no obedece a las necesidades de salud de nuestra población.

MOCION APROBADA POR EL PLENARIO DEL IV CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL PERU

SOBRE: " LA FUGA DE MEDICOS "

CONSIDERANDO:

1.- Que los límites del problema que representa la emigración de egresados, son estrechos, en tanto no revelan el real desaprovechamiento de las potencialidades del sector médico de la población, que se manifiesta por lo menos en tres formas:
   a) Emigración de médicos egresados por razones ocupacionales y remunerativas.
   b) Emigración de internos no cuantificada por las mismas razones.
   c) Investigadores y personal médico en general que sin salir al extranjero orientan sus esfuerzos bajo planes y programas del imperialismo.

2.- La información estadística de que se dispone sobre la emigración de médicos, es la siguiente (hacemos notar que las fuentes estadísticas son escasas y los datos obtenidos tienden a calificar el problema más no así a cuantificarlo):

De 1961 a 1969, de un total de 1786 profesionales emigrantes admitidos en los EEUU, 263 corresponden a médicos, ocupan-

do éstos el mayor porcentaje entre todas las especialidades. (No hay estadísticas sobre emigración a otros países).

En estos últimos años, existen datos parciales significativos de la agravación de este fenómeno, y así es que los egresados de San Fernando que van a seguir ciclos de adiestramiento en el extranjero, especialmente en los EEUU, bordea el 30% de cada promoción; los egresados de Cayetano Heredia emigran en un 50 a 70% por cada promoción, comprobándose luego el retorno al país de sólo el 10%. (Desconocemos el porcentaje de emigrantes de los egresados de medicina de Trujillo, Ica y Arequipa, así como de los investigadores y personal médico que permaneciendo en nuestro país orientan sus esfuerzos en planes y programas imperialistas: Control de la Natalidad, Instituto de Biología Andina, Instituto de Investigaciones de Altura, Instituto de Bioquímica, etc.

3.- Los organismos interesados han pretendido distraer la atención del pueblo desviando el problema hacia un aspecto secundario, sin tocar la esencia del mismo.

4.- La causa fundamental es la estructura socio-económica dependiente del imperialismo que condiciona:
   a) Estrechez del mercado ocupacional, lo que genera la marginación, subempleo, disfuncionalidad de las especialidades, etc., lo que deviene de nuestra situación dependiente.
   b) Anarquía en la planificación de los recursos humanos con que se cuentan, de acuerdo a las urgencias apremiantes de nuestro pueblo.
   c) Razones superestructurales (investigación alienante, afan de prestigio, etc.) que en última instancia se explica por la característica de nuestra base productiva.

ACUERDA:

1.- Denunciar y luchar contra la sobre-explotación enmascarada de nuestro pueblo, que significa la emigración de elementos del sector intelectual en general.

2.- Cada CEM se abocará al estudio analítico del movimiento migratorio del personal médico egresado de sus respectivas facultades, para dar las bases de una alternativa concreta a este problema. Asimismo efectuará el estudio y denuncia de las organizaciones dedicadas a la instrumentación de programas imperialistas.

3.- Demandar del Sector Salud la ocupación anual de plazas disponibles para los recien egresados.

4.- Que se planifique el Servicio con iguales facilidades en las zonas rurales y urbanas.

MOCION APROBADA POR EL PLENARIO DEL IV CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL PERU SOBRE: "LOS ORGANISMOS GREMIALES DE LOS MEDICOS"

CONSIDERANDO:

1.- Que el médico se sitúa dentro de la pequeña burguesía como integrante de las denominadas capas medias. De ahí sus posibilidades anti-imperialistas y su potencialidad y adhesión a las luchas populares de liberación. Sin embargo, su inserción en la estructura socio-económica marca en el conjunto del sector médico diversos estratos, con una mayoría imposibilitada de satisfacer sus intereses frente a una minoría que logra ubicarse faborablemente en nuestra sociedad dependiente.

2.- Que este cuadro socio-económico en el que se sitúan las luchas del gremio médico, está agravado por la pluralidad de sistemas de salud que favorece la disgregación de las reivindicaciones médicas, la inadecuada orientación de la educación médica con respecto a las necesidades de salud de las mayorías explotadas y la existencia de grupos minoritarios exclusivistas con intereses propios.

3.- Que tanto las direcciones actuales de la FMP como del CMP a través de su actuación han dejado en claro que no asumen la defensa de los intereses del Sector Médico. De este modo han postrado al sector médico en cuanto fuerza social de posibilidades revolucionarias. Perpetuando así, la practica de la medicina privatizada que margina a las clases populares del acceso a la salud.

4.- El espíritu antidemocrático de ambos organismos sólo permite la participación en la conducción de los mismos a sectores que no son precisamente los que representan los intereses de la mayoría en especial de los sectores jóvenes.

ACUERDA:

1.- Denunciar la política elitista de la dirigencia de ambas organizaciones y en especial, la política antigremial de la FMP y desviacionista de la del CMP.

VILLARREAL
IV CONGRESO de ESTUDIANTES de MEDICINA del PERU
5 - 10 JUNIO 1972 - LIMA PERU.

2.- Fortalecer la FMP como organismo representativo del sector médico del país. Tendiendo a la integración de las funciones del CMP dentro de la FMP en lo futuro.

3.- Plantear algunas medidas concretas tendientes al reforzamiento y democratización de ambos organismos:
A) Exigir el pleno derecho de todos los médicos del país de elegir y ser elegidos.
b) Luchar por las mayores facilidades a los dirigentes médicos para el desempeño eficiente de sus cargos.
c) Combatir por un reajuste en las cotizaciones de los colegiados de acuerdo a sus ingresos.
d) Cada Centro de Estudiantes de Medicina orientará sus esfuerzos hacia la afiliación de las promociones de egresados a la FMP.

4.- El apoyo activo y militante de todos los Centros de Estudiantes de Medicina participantes en este Congreso a los movimientos auténticamente progresistas dentro del sector médico.

5.- Que en los Centros Hospitalarios se formen Sindicatos Unicos entre el personal médico, paramédico y personal administrativo y de servicios.

MOCION APROBADA POR EL PLENARIO DEL IV CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL PERU

SOBRE: "EL CONTROL DE LA NATALIDAD EN EL PERU"

CONSIDERANDO:

1.- Que existe una intensa campaña de difusión de los diversos métodos de control de nacimiento, que plantea su uso como el medio de resolver los problemas socio-económicos de las familias de los sectores populares.

2.- Que además se están ejecutando en el país, en varios distritos de Lima y algunas provincias del interior, Programas Pilotos de Control de la Natalidad dirigidos también a las familias de los sectores populares.

3.- Que al mismo tiempo en la Universidad Cayetano Heredia existen profesores que utilizando su actividad de docencia y/o de investigación asumen una definida posición a favor del Control de la Natalidad, y contribuyen a la ejecución de dichos programas.

4.- Que el apoyo financiero de estas actividades está a cargo de organizaciones privadas e instituciones gubernamentales preponderantemente norteamericanas.

5.- Que dichas actividades tienen como objetivo sensibilizar a los diversos sectores medios y populares acerca de la "conveniencia" del Control de Natalidad, para facilitar la subsiguiente campaña por la oficialización de dicho programa, que implicará su generalización.

6.- Que los Programas Pilotos de Control de la Natalidad que se realizan bajo el nombre de "Planificación Familiar", no conceden a las familias la pretendida "libertad para tener el número de hijos que se desee", porque la realidad actual es que existen limitaciones económicas que son condicionantes.

7.- Que el Control de la Natalidad en nuestro país no resuelve los problemas socio-económicos de cada familia, ni mucho menos será la causa o condicionante del desarrollo del país, porque ambas eventualidades están determinadas por las características estructurales de la Sociedad Peruana, que corresponden a las de una semicolonia del Imperialismo Norteamericano con una predominancia del modo de producción capitalista.

ACUERDA:

1.- Rechazar la política norteamericana del Control de la Natalidad que no busca sino aminorar las contradicciones del sistema y sobre todo encubrir sus verdaderas causas.

2.- Denunciar ampliamente las campañas de difusión y la ejecución de los programas de Control de la Natalidad que se esconden bajo los eufemismos de "Planificación Familiar", "Protección Familiar", "Promoción Familiar" etc., allí donde se realicen.

3.- Rechazar la utilización de la Universidad Cayetano Heredia para los fines controlistas, y dirigirse a los organismos correspondientes del gobierno pidiendo el incremento de rentas para dicha Universidad, para evitar recurrir a un financiamiento inestable e interesado de parte de entidades extranjeras, lo que como queda demostrado en este caso, hace posible la penetración Imperialista en la Universidad, vulnerando sus principios de Autononía, y los de Soberanía Nacional.

4.- Cualquier intento de implementar dichos programas por parte del Imperialismo y sus aliados nacionales, en las escuelas de Medicina debe ser denunciado, rechazado y combatido por el estudiantado.

PONENCIA SOBRE CONTROL DE LA NATALIDAD PRESENTADA POR LA DELEGACION DE LA UNIVERSIDAD PARTICULAR CAYETANO HEREDIA.

I) LAS TESIS CONTROLISTAS

Las tesis de la "explosión domográfica" como obstáculo para el desarrollo se comienzan a esbozar después de la II Guerra Mundial en momentos en que se reanudan las jornadas de Liberación Nacional en los países coloniales y semicoloniales. Comenzaremos, sin embargo, refiriéndonos a la doctrina malthusiana que llamó la atención a fines del Siglo XVIII, que tiene importancia para comprender luego la esencia de las tesis neomalthusianas.

1.- El Malthusianismo

Tomás Malthus, economista inglés, sostenía en su "Ensayo sobre el principio de población" que, mientras la población crece en razón geométrica, los medios de subsistencia (la producción) lo hacen en razón aritmética. De modo que, era una ley natural el aumento desproporcionado de la población trabajadora respecto de las fábricas, de la producción. Luego, si se aceptaba que los salarios de los trabajadores estaban simplemente determinados por las variaciones de la oferta y la demanda de trabajo y se tenía en cuenta aquella ley natural o necesario que la desocupación aumentara y que los salarios de los obreros descendieran. Y entonces, si se dejaba que la proporción de la población aumentara, peor aún sería el futuro de los trabajadores.

Malthus, empero, planteaba una solución fácil: pedía a los obreros que disminuyeran su número para conseguir el mejoramiento de su situación, ya que según había demostrado "son ellos los únicos y verdaderos culpables de sus desdichas".

En la misma época en que Malthus sostenía el control de población entre los trabajadores, los economistas y gobernantes de Nueva Granada (1788) colocaban como factor fundamental para el desarrollo la inmigración que traía consigo y estimulaba el crecimiento de la población. Más aún, la tesis de Malthus no se ha cumplido jamás en su propio país. La comparación arbitraria de Malthus tomaba en cuenta superpoblaciones absolutas y debe entenderse siempre la superpoblación como algo relativo y dependiente de la productividad alcanzada en una estructura económica determi-

nada. Así, por ejemplo, se puede hablar de superpoblación ya porque los capitales o la tierra reposan en manos de propietarios particulares que los sustraen de la actividad productiva, ya porque el producto de los recursos disponibles se transfiere a otros países o se despilfarra por parte de sus poseedores.

Por otro lado, tenemos que recordar la demostración hecha por Marx de que en la sociedad capitalista el salario - al igual que todas las mercancías- está determinado por su costo de producción, es decir, el capitalista entrega al obrero sólo lo necesario para su supervivencia y reproducción Y es en la explotación capitalista donde está el origen de sus problemas. Los planteamientos de Malthus no esclarecían esto, y al contrario, desviaban la atención del proletariado

Esta situación se daba en una de las épocas en que la explotación capitalista se realizaba en jornadas mucho más largas y las luchas sindicales adquirían elevado auge. Y detrás de las afirmaciones científicas del economista estaban escondidas las razones políticas contra la organización y concientización de los trabajadores, y como aquellas favorecían la situación de los empresarios y de los patrones, es explicable que hayan recibido toda la atención y apoyo de éstos. Malthus, en su condición de enemigo de la Revolución Francesa y de sus conquistas, veía como un peligro la multiplicación de los pobres, y haciendo suyos los temores de los conservadores de la época, señala como causa de los problemas, no al régimen sino justamente a la parte de la población que los sufría para evitar de esa manera una salida revolucionaria.

Las tesis antipoblacionistas son retomadas en períodos históricos en que las relaciones sociales de producción provocan profundas contradicciones; es una <u>táctica precisamente dirigida a desviar la atención de los verdaderos problemas haciendo aparecer otros, de los cuales son "culpables" las propias víctimas</u>.

2.- <u>Los argumentos del Neomalthusianismo</u>

La atención hacia el estudio de los problemas demográficos es característica de la corriente de economistas y sociólogos interesados en distraer la atención de los verdaderos o más importantes problemas socioeconómicos.
Hay que señalar que al lado de esta característica, que puede ser de las más superficiales, existen otras más sofisticadas tales como las de los dualistas, funcionalistas, estructuralistas, etc., mucho más peligrosas y difíciles de reconocer, y que cumplen los mismos objetivos.

Inicialmente habíamos pensado incluír aquí las tesis neomalthusianas recogidas de publicaciones y libros internacionalmente difundidos. Preferimos hacer conocer las argumentaciones directamente difundidas en nuestra universidad y en nuestro país, porque creemos que ellas han sido escogidas especialmente para nuestro medio por los organismos imperialistas encargados de los Programas de Control de la Natalidad, y por tanto, el enfrentamiento y esclarecimiento del problema tendrá que darse alrededor de dichos argumentos.

Los controlistas plantean su posición como alternativa para el desarrollo (1) o simplemente como una generalización de casos particulares(2).

En pricipio dirán que el crecimiento demográfico puede ser abordado desde sus dos variables de natalidad y mortalidad; y luego, asumiendo que los grandes avances en la Ciencia y la Tegnología Médica han permitido disminuir notablemente las tasas de mortalidad, concluyen que es ineludible la necesidad de actuar al nivel de la otra variable demográfica: la Natalidad.

Lo incorrecto y lo grave de este planteamiento, está en considerar que ya todo esta hecho a nivel de Mortalidad, que la Ciencia Médica y los Programas de Salud tienen que contentarse con las elevadas tasas de mortalidad infantil por enfermedades infecto contagiosas etc. Además la conclusión qie se extrae parte del errado razonamiento de que la actividad médica se realiza simplemente en función de variables demográficas.

(1) El planteamiento de los controlistas expone primero un análisis de las Tasas de Crecimiento Poblácional (TCP). en relación a las Tasas de Crecimiento Económico (TCE). Ellos observan que en los países desarrollados a altas TCE corresponden bajas TCP, y en cambio, en los países desarrollados a bajas TCE corresponden altas TCP. De aquí deducen mecánicamente que en los países subdesarrollados será necesario bajar las TCP (Controlar la Natalidad) para permitir elevar la TCE y arribar a un nivel de desarrollo.

Como puede verse fácilmente, aquí se hace un análisis haciendo abstracción de las características y peculiaridades de los diversos países, de la estructura socioeconómica que sustenta a cada sociedad, y se pretende extraer conclusiones acerca del Desarrollo Económico con el examen aislado de la variable poblacional. Cuando los controlistas hablan de Población y Desarrollo o de Población y Revolución (para ponerse a tono con la demagogia de La Junta Militar) están planteando que el Desarrollo Económico en cualquier país depende principalmente de una baja Tasa de Crecimiento Poblacional. Aquí, habría que recordar los estudios

hechos respecto al elevado crecimiento de la población en los países desarrollados (Estados Unidos de Norteamerica, Europa) en las epocas de la Revolución Industrial y de desarrollo capitalista.

PROGRESO DE LA POBLACION MUNDIAL (1750-1850).

REGIONES	1750	1800	1850-
Europa	140	187	266
Asia	479	575	760
Africa	95	100	100
América del Norte	1	6	25
América Central,del Sur, Australia y Oceanía....	13	21	35
MUNDO	728	889	1186

¿La "Explosión Demográfica"; Obstáculo o Factor de Desarrollo? Roel Virgilio, HONTANAR No 2 Revista de la AECH, 1970.

El cuadro anterior demuestra que durante el período de la Revolución Industrial tiene lugar una espectacular Revolución Demográfica en Europa; las regiones de colonización como América ven aumentar muy rápidamente su población, y los dos continentes restantes que se mantienen al márgen de la Revolución Industrial, o muestran una población estacionaria (Africa) o la aumentan relativamente poco (Asia).

CUADRO DE LA POBLACION MUNDIAL (millones de habitantes)

(1850-1913)

REGIONES	1850	1913	Crecimiento %
Europa	266	468	70.9 %
Asia	760	923	21.4 %
América del Norte	25	108	332.0 %
América Central, Sur, Australia y Oceanía	35	94	268.5 %
Africa	100	135	35.0 %
MUNDO	1186	1723	45.3 %

(Fuente: igual que el cuadro anterior)

Como vemos, el mas extraordinario y espectacular creci - miento demográfico entre 1850 y 1913 le corresponde a Estados Unidos, que ya no era sólo área de colonización sino también de desarrollo capitalista; aún más ese país fue un verdadero paraíso para el capital financiero, que nace precisamente en el lapso que precedió a la primera guerra mundial. Las zonas atrasadas y coloniales del mundo ubicadas en Asia y Africa mostraron tasas porcentuales inferiores al promedio mundial, con el resultado de que su participación en la población del globo siguió disminuyendo, en términos relativos. Las otras regiones de colonización en las que la apertura de nuevas á- reas permitió el asentamiento de nuevos contingentes humanos.

La revisión anterior demuestra claramenta que en su fase expansiva los países hoy desarrollados mostraron las mayores tasa de crecimiento demográfico del mundo. De modo pues, que es errado pretender que limitando el crecimiento de nues- tra población podremos salir del llamado estado de subdesarro- llo. Pero, tampoco debemos concluirsimplistamente lo contra- rio del planeamiento de los controlistas a lo que hábilmente nos lleva muchas veces en las discusiones, Plantear que el aumento de población -así a secas, en cualquier país- permi- tirá desarrollarnos o liberarnos de la dependecia, es nada menos que caer en el mismo análisis simplita que deja de lado el examen integral de cada realidad socioeconómica. Lo co - rrecto es tener en cuenta que el crecimiento demográfico es en gran medida un factor de desarrollo económico siempre y cuando la estructura económica lo permita.

En nuestro país, en los países semicoloniales en general los problemas de miseria, injusticia social, analfabetismo, alta mortalidad infantil, hambre, desnutrición etc, no depen- den del relativo alto crecimiento demográfico, sino de la si- tuación de opresión y explotación por parte del Imperialismo Norteamericano y las oligarquías nativas, y su agravamiento depende nó del aumento de población, sino precisamente de la profundización de dichas condiciones. La superación de la condición de países oprimidos y explotados no se coseguirá con el control de la natalidad; tampoco con el simple creci- miento de la población, que dicen los controlistas que noso- tros planteamos. Sólo la lucha organizada de los sectores populares en un frente común contra el Imperialismo y la Gran Burguesía interna permitirá la Liberación Nacional y construc- ción del Socialismo.

Por último, no conocemos país alguno en que el Control de la Natalidad haya producido de por si un desarrollo socio- económico. Tampoco sabemos de que siquiera haya podido dete- ner el constante agravamiento de los problemas del subdesa - rrollo, que sigue su curso como consecuencia de la profundi- zación de la dependencia y de la sobreexplotación de nuestros pueblos.

(2) En un nivel menos general, los controlistas presentan las diferentes posibilidades que tienen una familia con un mismo ingreso económico, en las situaciones de familia numerosa o de "familia planificada" (con pocos hijos). Obviamente concluyen que una situación de mucho mayor bienestar; y por tanto, para que todas las familias vivan felices tendrían que limitar el número de sus hijos - es decir- debe generalizarse el Control de la Natalidad. Esta situación la explica con una familia que tiene un relativo bajo ingreso económico, ya que para las de alto ingreso económico les será mas o menos indiferente el número de hijos. Los controlistas presentan incluso estadísticas que demuestran que las familias ricas de zonas residenciales tienen pocos hijos, y mañosamente demuestran que para vivir con todas esas comodidades y facilidades la única solución es disminuir el número de hijos.

El problema principal está, nó en el número de hijos, sino en el ingreso económico familiar. Este depende de que el padre o la persona que sostiene la familia pueda conseguir trabajo, que este trabajo sea estable, y que este trabajo sea justamente remunerado. Si realmente queremos resolver los problemas de las familias, tendremos que satisfacer éstos aspectos: dar trabajo a los desocupados, apoyar las luchas contra los despidos nasivos e in - tenpestivos, apoyar las luchas por la elevación de los sueldos y salarios etc. Pero además, como el problema de cada familia no es aislado, sino que es común a todo un sector social, tenemos que - plantear que el Estado los satisfaga. Entre estos problemas comunes están pues: Los de alimnetación, salud, educación, vivienda etc. Al acudir al Estado, nos dirán como siempre que no hay plata Por supuesto, si la mayor parte de las ganancias se quedan con los oligarcas y capitalistas, o sale al extranjero para las arcas del imperialismo, o se derrocha en armamentos, lacrinógenas y aviones, poco queda para satisfacer las necesidades del pueblo. Estamos pues, ante un Estado incapaz de enfrentarse decisivamente a la dominación Imperialista y a la explotación burguesa, y mas bien defiende y consolida su posición.

Los controlistas hablan mucho de la "Libertad" de los padres para poder planificar su familia, o sea para tener el número de hijos que deseen; y repiten que las familias deben adoptar libremente el método de Control de la Natalidad que mas les convenga. Lo evidente, es que la alternativa de tener más o menos hijos no existe, pues está condicionada por factores económicos que son determinantes, y por tanto no hay la mentada libertad. No nos refe- rimos -claro está - a la libertad de tener relaciones sexuales y de procrear. Se pondría pensar que siendo mayor la expansión demográfica precisamente en los sectores populares, si existe la libertad para tener el número hijos que se desee sin enbargo no debemos olvidar las severas repercusiones de los problemas conyugales, de los problemas de abortos, de los niños sin padres etc. de indudables raíces económicas. No debríamos olvidar tampoco la alta

mortalidad infantil, la desnutrición, la falta de escuelas y de viviendas salubres etc. Aquí lógicamente se acabó la libertad. Y es que la libertad para tener el número de hijos que desee tiene que comprender no solo la procreación o el nacimiento de un nuevo ser, sino fundamentalmente la libertad para poder mantenerlo, criarlo, alimentarlo, educarlo, sanarlo, vestirlo etc. Cuando se va a las familias de nuestras barriadas o de los pueblos de la serranía a ofrecerlos anticonceptivos para resolver su situación, se está trabajando para el Imperialismo Norteamericano, cuyo objetivo es preciso:ENGAÑAR. Solo así pueden asegurarse años de explotación y de opresión. Su salida es clara: que el pueblo siga tal como está, y que de acuerdo a los ingresos económicos de cada familia se escoja libremente el anticonceptivo mas eficaz.

Pero aquí no acaban los argumentos controlistas. Uno de los más novedosos es el que suelen dirigir a cualquier persona de clase media, preferentemente a los "dirigentes de izquierda", que -ellos- suponen tienen conocimientos de métodos anticonceptivos y generalmente los practican. "Ellos son-hipócritamente y dentro de sus -propias familias- practicantes libros de la paternidad responsable, la planificación familiar, y el control de la natalidad, es decir, de una absurda discriminación social, de una injusticia social que margina una vez más al estrato mayoritario de la nación". ("Población y Revolución", José Donayre, ACTA HEREDIANA, Volumen 2 Revista de la Universidad Peruana Cayetano Heredia").

La alternativa que ellos proponen para que no siga habiendo injusticia social es la que toda persona sea informada de los diversos métodos anticoncepcionales y los practiquen libremente tal como lo hace cualquier persona ya informada. En este caso los controlistas pretenden genralizar y oficializar lo que es un acto o decisión personal. Además, no nos pueden explicar por qué razón vamos a hacer una campaña "informativa" precisamente sobre el control de la natalidad. Por qué nó hacer una campaña informativa para que todos los peruanos usen zapatos, ó para que dejen de chacchar coca. Por supuesto que para tomar una decisión tienen que verse prioridades, posibilidades etc. En nuestro caso los objetivos de una campaña informativa sobre anticonceptivos, estaría para la inposición oficial del Control de la Natalidad, que obiamente los controlistas esconden. Es más, se trataría simplemente de una oficialización de la campaña "informativa" sobre los peligros de la "explosión demográfica" y el control de la natalidad que desde hace varios años hacen los periódicos, revistas, TV y en general todos los medios de comunicación colectiva. Desde ésta perspectiva, no nos llamaría la atención que los mismos yanquis a través de todos sus agentes, Cuerpos de Paz etc. se pusieran a alfabetizar para que nuestras masas campesinas sean accesibles a las campañas "informativas".

II) LA ESCALADA DEL CONTROL DE LA NATALIDAD: ESTRATEGIA DEL IMPERIALISMO NORTEAMERICANO.-

No vamos a insistir en demostrar la relación existente entre las Fundaciones Privadas Norteamericanas y las grandes corporaciones, y el propio poder Estatal de los Estados Unidos. Esta se dá a través de sus conexiones personales y financieras, y fundamentalmente por la política que practican con sus donaciones y préstamos, tendiente a consolidar la política imperial. En lo que respecta a América Latina, las Fundaciones Rockefeller y Ford, y en menor grado la Kellog, son las que realmente pesan en monto y orientación.

Entre las actividades dirigidas a inducir actividades y políticas que favorezcan el mantenimiento del sistema, destaca la organización de la investigación y de la enseñanza de las disciplinas conectadas a la Medicina, teniendo como núcleo ordenar el Control de la Natalidad en la población del llamado Tercer Mundo.

FUNDACION ROCKEFELLER.- Una de las caracterísricas de los "programas de población " de la Rockefeller Foundation, es la de ocuparse de todos los aspectos conectados:
"La Rockefeller Foundation ha estado desde hace mucho tiempo interesada en encontrar métodos ampliamente aceptables y aplicables para llevar a cabo la estabilización de la población. Durante muchos años ha respaldado estudios demográficos e investigaciones en la fisiología de la reproducción. Mas recientemente ha apoyado los programas de PLANIFICACION FAMILIAR y ha entrenado especialistas en problemas de población. Paralelamente está estimulando a las Universidades tanto dentro de los Estados Unidos como en el extranjero para convertir los estudios de población en una disciplina académica independiente, conteniendo demografía y ciencias sociales tanto como ciencias naturales básicas, y disciplinas médicas importantes para el conocimiento de la reproducción humana. Esta consolidación -se espera- dará un mejor nivel científico a los estudios de población y mayor amplitud, así como mayor prestigio profesional."
(Rockefeller Foundation, "The President's Review and Anual Report 1968, Problems of Population, pág 11).
"Otra caraterística es que el objetivo prinario y mas importante está centrado en las Escuelas de Medicina. El médico conquistado por los proyectos de Control de la Natalidad se convierte en un individuo clave para su realización, y en los países subdesarrollados donde los médicos tienen frecuentemente cargos de conducción, abren el camino para obtener la aceptación gubernamental de la planificación familiar. Entre 1963 y 1968 los donativos ("GRANTS") para problemas de población se distribuyeron de la siguiente manera:

Investigación, Enseñanza y Programas de
/planificación familiar..... 56.2 %
Centros Universitarios destinados a pro-
/blemas de población..... 13.1 %
Demografía..... 7.8 %".

(Rockefeller Foundation: President's Five Year Review and Annual Report, 1968).

Despues de ver las dos características de los programas de población de la Rockefeller, veamos cómo procede en una explicación que ella misma ofrece:
"Diversas organizaciones tienen que ver con las etapas primarias del desarrollo de programas de planificación familiar en países en los cuales todavía no hay interés aparente o los líderes políticos se oponen a su realización . Aquí se puede progresar identificando un individuo o un pequeño grupo cuyo interés puede desarrollarse, ya sea para comenzar un programa de planificación familiar en pequeña escala o para influir sobre los líderes gubernamentales locales, o para ambas cosas a la vez. Este tipo de operación que es esencial para crear una clinica favorable a la planificación familiar es característica de "Pathinder Fund." Organizaciones tales como el "Comité de Servicios de Amigos Americanos" o el "Consejo Mundial de Iglesia" han tenido una experiencia exitosa en esta línea diluyendo este problema en un amplio programa de bienestar social. Estos programas tienen el objetivo de conducir a la próxima etapa de desarrollo: la formación de grupos de voluntarios para - provocar una planificación familiar desarrollada a través de la revisión de servicios clínicos. Como en los países subdesarrollados estos grupos frecuentemente influyen en líderes locales, se extiende lo anterior con la consecuencia de un progreso ulterior hacia el establecimiento de una política nacional o de un programa nacional. En esta etapa interviene la "INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION" (IPPF) que provee la asistencia financiera necesaria. La Fundación ha asistido tanto a la Federación (IPPF) como al "Comité de Servicio de Amigos Americanos" para cubrir el costo de estas actividades. La tercera etapa es el establecimiento de una política nacional de Control de Población.....En esta etapa la propia fundación se encarga de aprovisionamiento de expertos para los estudios correspondientes, formular los detalles de la política y proveer de consejo contínuo a la administración diaria, así como de los programas de evaluación y efectividad".
(The Rockefeller Foundation, The President's Review.....)

FUNDACION FORD.- En lo que respecta a Ford Foundation, sus programas presentan una analogía con los de la Rockefeller. En el año de 1969 los "grants" otorgados en América Latina se distribuían así :

Ciencias Polfticas y Sociales	3,854	(miles de$)
Control de Población	1,349	"
Agricultura	2,157	"
Entrenamiento de Administ.yEjecutiv..	715	"
Desarrollo de Universidades	2,280	

(The Ford Foundation Annual Report, 1969)

En materia de control de población la Fundación Ford apoya prioritariamente a Instituciones que demuestran interés por la Planificación Familiar haciendo investigación e impartiendo enseñanza en tecnología anticonceptiva y fisiología de la reproducción. Al igual que la F. Rockefeller, además de los "grants" para instituciones locales, la Ford orienta sus contribuciones financieras en la materia, por medio de la "International Planned Parenthood Federation" (IPPF), el "POPULATION COUNCIL" y las mismas Universidades Norteamericanas.

FUNDACION KELLOGG.- Fuera de los Estados Unidos el principal destino de las subvenciones del Fundación Kollogg es América Latina. Su distribución en 1967, fue la siguiente:

Agricultura	17.3 %
Odontología	16.0 %
CONTROL DE POBLACION	46.0 %
Educación	3,8 %
Hospitales	8.2 %
Enfermería	8.7 %

(Fuente: W. Kollogg Foundation Annual Report, 1967)

Aunque sus préstamos son de monto menor que los de las Fundaciones Ford y Rockefeller, la Kollogg no deja enorgullecerse de sus resultados:

"...en general la profesión médica está tomando la iniciativa para promover el control de la natalidadm y los Kollogg Follows están en la primera línea de esta campaña".

Tambien esta fundación canaliza sus subvenciones por medio de la "International Planned Federation" (IPPF). (Además posee una vasta experiencia de educación de personal calificado y sonitécnico, habiendo declarado su intensión de formalizar dichos programas en el exterior).

(Resumen tomado dellibro "Imperialismo y Universidades en América Latina", Mario WScheborg. Publicación del CEM de San Fernando).

A partir de 1965, como una muestra clásica de la manera que el sector privado usa sus riquezas y su poder, se formularon polfticas públicas y lograron gran parte de su financiamiento a través de aportes gubernativos.

DIRECCION DE BIBLIOTECA Y PUBLICACIONES
OFICINA DE ADQUISICIONES BIBLIOGRAFICAS
U. M. S. M.

En 1965 la Agencia Internacional de Desarrollo (AID) aparece aportando el 11% de los fondos para Control de Población en el Tercer Mundo, que provenían de los Estados Unidos. En 1968 el porcentaje había subido al 55% a lo que hay sumar otro 12.5% que entregaron los Institutos de Salud Pública. Em el año 1971 el presupuesto de AId para Control de Natalidad llegó a 100 millones de dólares, observando que para efectivizarla debieron reducirse drásticamente sus programas de Salud en los países con alta mortalidad infantil. Con el fin de "latinizar" sus programas, AID ha creado una base de divulgación con sede en Bogotá: "PPOPULATION REFREN_CE BUREAU".

Al tiempo que la administración de los programas de Control de Natalidad está pasando a depender del gobierno norteamericano, las Fundaciones Norteamericanas están intensificando sus inversiones en programas piloto de esterilización aplicables al continente, cuya generalización les significará un buen negocio, fuera del beneficio político. La Fundación Ford ha dado 1 millón de dólares para un programa en la República Dominicana.

En Costa Rica un programa llamado de "Seguros para la familia planificada" ofrece a cada persona que decide esterilizarse una pensión de 7 dólares por mes para toda su vida. (En la India la tarifa para los que se esterilizan es menor: allí basta con regalarlos a los voluntarios un radio a transitores). Como de costumbre en esta práctica se sigue los viejos esquemas que se usaron con la "pildora". Tal como entonces cuando en Estados Unidos los conejillos de Indias fueron portoriqueñas o "Chicanas" para beneficio de las blancas influyentes, aquí "se compra" el material humano necesario con subsidios, salarios, favores especiales, eligiéndolos entre las capas mas pobres de la población latinoamericana.

(Resumen tomado de "Control de la Natalidad: otro negocio del Imperialismo", Punto Final No. 148, Chile.)

oooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooo

"El excesivo crecimiento demográfico de la población constituye el obstáculo mas importante que se opone al progreso económico y social de la mayoría de los pueblos del mundo subdesarrollado.....

En el futuro todos los informes económicos del Banco sobre cualquier país que confronte en materia de población,

examinarán objetivamente las medidas adoptadas por el gobierno con miras a su solución, o la ausencia de tales medidas".

(ROBERT MAC NAMARA, Presidente del Banco Mundial, Informo a las Juntas de Gobernadores, 29 de setiembre de 1969.)

III) EL CONTROL DE LA NATALIDAD EN EL PERU.-

Con la asistencia financiera de las Fundaciones Rockefeller, Ford y Kollogg, la "Federación Internacional de Planificación Familiar " (IPPF) con sede formal en Londres, ejecuta sus programas en las siguientes regiones: (1) Africa, (2) Europa y Cercano Oriente, (3) Océano Indico, (4) Asia Sudoriental y Oceanía, (5) Hemisferio Occidental y Pacífico Occidental. Distribuídas en éstas, regiones existen alrededor de setentidos (72) Asociaciones Nacionales de Planificación Familiar. En cuarenta de éstos países existen ya una política demográfica oficial, lo que abarca las 2/3 partes de la población mundial.

La mayor parte de los recursos de la IPPF en 1971 fueron destinados a Latinoamérica donde "los gobiernos siguen vacilando en poner en práctica los servicios de planificación de la familia y la iniciativa continúa estando en el sector privado" ..... "El objetivo principal de un programa nacional de planificación de la familia es- o debería ser- reducir las tasas de natalidad. " ... "La ignorancia se considera el mayor obstáculo para la expansión de los servicios de planificación de familia y la aceptación del concepto de familias reducidas..... el mero hecho de llegar a ellos y servirlos ya representaría una diferencia significativa para el índice de natalidad y además colocaría los fundamentos para una ulterior penetración de la idea de la planificación de la familia.. Por lo tanto el problema principal consiste en organizar programas de planificación de familia en gran escala". (Boletines de la - IPPF: enero de 1971, y febrero de 1971).

En el Perú la organización encargada de coodinar los Programas de Planificación de la Familia es la "ASOCIACION PERUANA DE PROTECCION FAMILIAR" (APPF), fundada en abril de 1970. La financiación que otorga la IPPF se obtiene a través de el Concejo Regional del Hemisferio Occidental. Las publicaciones de la APPF señala que existen en el país once (11) CENTROS DE PROTECCION FAMILIAR en : Barranco, Rímac, El Agustino, Breña, Surquillo, Instituto Marcelino, Callao, Chimbote, Ica, Huancayo, y Piura. (ver en anexo mayor información). Sin precisar si existen ya Centros, las publicaciones de APPF comentan tambien sus actividades en Puno y Juliaca. Luego hablaron del que existe en Cerro de Pasco.

Estos Centros de "Protección Familiar " son pues los ojos de los programas de Control de Natalidad que con el nombre de "Planificación Familiar" se vienen desarrollando desde hace dos años, siempre en relación a los sectores populares, principalmente los de las Barriadas. En estos Centros las madres y padres de familia reciben atención de personal médico y paramédico especialmente entrenado. Los costos por atención son bastante comódos o gratuitos. Generalmente se les dá una charla a través de la cual se les informa de los diversos métodos anticonceptivos,

de los cuales deben escoger "el mas conveniente"; se les realiza los exámenes correspondientes y mientras reciben los anticonceptivos se controlan perfodicamente. Las personas tratadas son además preparadas para influenciar entre sus amigas, comadres, familiares etc. pasando la voz de los métodos anticonceptivos y de los lugares donde se brinda dichos servicios.

Conocemos concretamente la manera como opera el Centro de Protección Familiar del distrito del Rimac ubicado en la Av. Eduardo de Habich # 127 de la Urb. Ingenieria (trasladado luego de nuestras primeras denuncias en HONTANAR No 4, a Pedro Paulet # 503 a pocas cuadras de nuestra Universidad y del Hospital del Rimac). Este Centro es dirigido por el Dr. Gonzáles Enders, profesor del Departamento de Obtetricia y Ginecología de la UPCH y médico del Hospital General Base Cayetano Heredia (antes Rímac). Además el resto de personal médico y paramédico trabaja al mismo tiempo en éste Hospital. Los examenes Auxiliares solicitados por el Centro son realizados en los Laboratorios de dicho Hospital (Los comprobantes llevan sellado la ubicación del Centro: HAVICH) A su vez las mujeres atendidas en los Servicios del Hospital, y en las Postas Médicas de Tahuantinsuyo y el El Ermitaño, que dependen tambien del Hospital, reciben información sobre éstos Centros de "Proteccion Familiar " o incluso se les entrega tarjetitas con la dirección y horarios de atención .

Desde hace varios años en realidad se han dado diversas muestras de la posición favorable, de muchos profesores de la Universidad Cayetano Heredia, al Control de Natalidad. En varias oportunidades voceros autorizados de la Universidad han participado en reuniones públicas en las que se han difundido las razones de las tesis controlistas. Publicaciones oficiales de la Universidad, tal como "ACTA HEREDIANA" han recogido artículos en que se divulgan "los peligros de la explosión demográfica y la necesidad del Control de la Natalidad". La Universidad ha firmado un Convenio con la APPF, a cuyo servicio ha puesto una Clínica que la Universidad tiene en Cerro de Pasco. Actualmente, la mayor parte de los donativos norteamericanos que reciben algunos profesores del Instituto de Investigaciones de la Altura (IIA) a través de POPULTIONCOUNCIL, están destinados a problemas relacionados con la fisiologfa de la reproducción. (ver Anexo sobre Presupuesto para Investigación).

Precisamente a través de IIA, la Universidad ha participado en la evaluación de un programa de Control de Población realizado durante 4 años en la ciudad de Cerro de Pasco. Alrededor de 1967 se había realizado ya una Encuesta de Fecundidad a cargo del Centro de Investigaciones Sociales por Muestreo (CISM) (ahora conocido como Centro de Estadísticas de Mano de Obra-CEMO), que depende del Servicio de Empleo y Recursos Humanos del Ministerio de

Trabajo (SERH), por medio de un contrato con el IIA de la Universidad Cayetano Heredia y con el auspicio de Population Council.

> "Parte importante de la encuesta fue obtener información sobre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, de las mujeres casadas y convivientes, para conocer su magnitud antes de iniciar un programa de planificación familiar y poder evaluar posteriormente su éxito con otra encuesta"
> (Informe de la ENCUESTA DE FECUNDIDAD EN LA CIUDAD DE CERRO DE PASCO-1968).

En mayo de 1971 se programó una encuesta en que probablemente se evaluaría el programa de planificación familiar que se ejecutaba desde el año 1967. Nuevamente participan el SERH y el IIA. Pero además de la encuesta, en que participaban alrededor de 24 estudiantes de Sociología y Psicología de la Universidad de San Marcos, se había programado realizar según versión u opinión de las propias participantes- un esperimento para demostrar la validez de la hipotesis de "infecundidad de las nativas de la costa al viajar a la altura", que era por supuesto voluntario y bien remunerado. Es difícil probar ésta versión, pero es indudable que las estudiantes intuyeron que estaban siendo utilizadas, y renunciaron en su mayoría a participar en estas actividades. Existe un volante que ellas mismas distribuyeron para hacer conocer posición.

En lo que se refiere a la enseñanza y motivación hacia la "planificación familiar", poco se vienen introduciendo modificaciones curriculares en el programa de estudios a fin de dar cabida a la labor de los profesores activistas del Control, que desde Bioestadística en Medicina Preventiva, Fisiología y finalmente en Obstreticia y Ginecología justifican los programas para el control de población. Al respecto recordemos el interés de Rockefeller Foundation de ocuparse de todos los aspectos relacionados con el Control de Población, Por otro lado un informe presentado a la Conferencia Latinoamericana de Demográffa realizada en Mexico el año 70, recomendaba:

> "Cursos de "adoctrinamiento" en conceptos demográficos básicos como aspecto esencial de la cultura general.
> -La enseñanza de la Demografía como curso obligatorio en las Universidades ; especialmente en Estudios Generales y en las carreras de Medicina, Economía y Sociología.

En enero de 1972 nos enteramos de la participación coordinada de la Universidad y entidades dependientes del Ministerio de Trabajo en una "Investigación en el Arca de Influencia del Hospital del

Rimac": distrito de Independencia (Tahuantinsuyo, Túpac Amaru, el Ermitaño y Cuevas), distrito de San Martín de Porras, Urb. Ingeniería y Urb. Sol de Oro. Esta "investigación" era un encuesta por nuestreo realizada por estudiantes de Sn Marcos que trabajan en el Centro de Estadística y Mano de Obra (CEMO) dependiente del Servicio de Empleo y Recursos Humanos (SERH) del Ministerio de Trabajo cuyos servicios eran solicitados por la Universidad CAYETANO HEREDIA a través del Programa de MEDICINA COMUNITARIA dentro de un subprograma o PROYECTO DE "PROMOCION FAMILIAR". Los trabajos fueron asesorados por el Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPD), uno de los organismos mas activos en la promoción del Control de la Natalidad.

(El CEPD creado en 1964, es un organismo interninisterial, cuyo Comíte Directivo se integra con representantes del Presidente de la República, del Instituto Nacional de Planificación (INP), del Ministerio de Trabajo, del Ninisterio de SAlud, y del Concejo Nacional de la Universidad Peruana (CONUP). Cuenta con la Asesoría Internacional del Dr, Jhon Van Dyke Saunders de la FORD FOUNDATION, y del Sr. Jonathan Fine de la AID (Agencia Internacional de Desarrollo). Posteriormente ampliamos lo concerniente al CEPD).

Por el contenido de las encuestas, nosotros deducimos que ello tuvo principalmente los siguientes objetivos:

1.- Encontrar los fundamentos para la posterior implementación de programas masivos de "planificación familiar" en el área la influencia del Hospital del Rimac, a través del llamado "PROYECTO DE PROMOCION FAMILIAR" que se debe desarrollar como parte del Programa de Medicina Comunitaria. Para ésto, los resultados de la encuesta deben indicar que el Control de la Natalidad es "UNA NECESIDAD SENTIDA".
2.- Propaganizar los diversos métodos anticonceptivos, así como los lugares donde se ofrecen dichos servicios.
3.- Evaluar los programas de Control de la Natalidad que la APPF realiza a través de sus Centros de "Protección Familiar." Para estó, se seleccionaron las Fichas Familiares de los mismos Centros, ó de las que los estudiantes de II y III de Medicina hicieron el año 71 dentro del curso de Medicina Preventiva.

De ser ésto cierto, podríamos demostrar que una de las razones fundamaentales para que la Universidad se situara en una zona populosa y nó en una zona residencial, fué la de ejecutar progra-

mas de planificación familiar, siguiendo el modelo que el Imperialismo impuso a la Universidad del Valle, de Cali (Colombia); modelo que tambien ha sido desarrollado en la Universidad de Jhon Hopkins de Estados Unidos.

Ultimamente la Universidad Cayetano Heredia está recibiendo donativos de la Fundación Macy para la ejecución de un Proyecto de Pediatria Social, inscrito también, dentro del Programa de Medicina Comunitaria. Como parte de la ejecución de dicho proyecto hace pocos meses viajó a las ciudades de Tarma y la Merced un grupo de profesores entre los que se encontraban conocidos controlistas. Una de sus tareas fue la supervisión de una encuesta encargada a los estudiantes que se encuentran haciendo su Internado Rural en esos lugares. El Proyecto debe comprender además acciones a realizar en la llamada Zona de Acción Inmediata de la Universidad, pero en ellas no se ha definido la participación de los estudiantes. Estos programas de Pediatría Social se encuadran dentro de la siguiente recomendación del profesor A. Sauvy:

> "La importancia de la puericultura no parece haber sido suficientemente apreciada. La mujer que sabe las necesidades reales de un niño pequeño y que ha de dedicarle parte de su tiempo tiene necesariamente que pensar, si nó en limitar el número de sus hijosm por lo menos en espaciarlos, lo cual equivale a lo mismo.
> contrariamente a lo que cabría pensar, la ayuda prestada a la familia no incrementa necesariamente la natalidad de un país subdesarrollado y puede incluso contribuir a reducirla, si se presta con discernimiento. Tal ayuda contribuye, en efecto, a hacer comprender lo que cuesta un hijo. La puericultura hace tomar conciencia del valor del niño. La enseñanza de la puericultura se presenta así como una medida concreta para lograr una limitación del número de nacimientos".
> (Boletín Informativo del CEPD, diciembre 1967)

Mas concretamente, un informe de UNICEF sobre "Planificación de la Familia" decía que en aquellos países que solicitaran cooperación en materia de planificación de la familia, ésta podría incluirse en los servicios de higiene Materno Infantil. (Boletín Informativo del CEPD, diciembre 1967).

EL SEMINARIO DE PARACAS.-

La inclinación de algunos docenes de la Universidad hacia los programas Controlistas no es cosa nueva. Hemos tenido interés en estudiar los documentos del "I Seminario de Población y Desarrollo" realizado en Paracas el año 1965, organizado el el CEPD.

En una de las exposiciones, los Dres. Luis Sobrevilla, José Donaire y Federico Moncloa (del I.I.A. de la UPCH), sostenían lo siguiente:

"El estudio de la reproducción humana se está llevando a cabo a un ritmo acelerado en el mundo. Sus fenómenos aún no bien conocidos, no permiten en este momento poner al alcance de lafamilia y de la nación, un método de regular la reproducción que satisfaga los requerimientos individuales dentro de los marcos culturales y éticos religiosos de todos, sin suscitar problemas personales é imponer cargas financieras que no soporta la economía familiar. Es evidente pues que son muy necesarios estudios que estén encaminados a proporcionar a todos, los medios adecuados para regular su fertilidad, según sus creencias, aspiraciones y capacidad económica. Bastante se ha avanzado en este camino y es deber del Estado proporcionar a sus miembros el conocimiento que se ha logrado para que todos compartan de él y lo usen demanda su libertad; al mismo tiempo que apoyar a la Universidad para para que pueda cumplir con su deber de investigación para continuar progresando y mejorando el fruto de sus labores.
Debe estudiarse cuales son los hechos básicos de la reproducción, el impacto que causa en ellos el ambiente, y qué etapas del procese reproductivo son las que mejor pueden ser utilizadas para regular la natalidad.....Es papel de la investigación universitaria determinar la facilidad de una determinada política poblacional, el ensayo de procedimientos, estudiando su eficacia en las condiciones ambientales particulares en que viven muchos peruanos y su aceptibilidad. La Investigación tiene ya medios que ofrece, que si bien son perfecibles, son inocuos y pueden satisfacer todas las creencias.
ES DEBER DE TODOS LOGRAR QUE SE APLIQUEN. CREEMOS QUE ESTE SEMINARIO ABRE UN CAPITULO NUEVO Y LLENA UNA NECESIDAD LAGAMENTE SENTIDA. VEMOS CON OPTIMISMO UN CAMINO DE ESPERANZA".

En otro documento del mismo Seminario se indican algunas "RECOMENDACIONES PARA UN PROGRAMA NACIONAL DE POBLACION":

"Las circunstancias actuales parecen ser muy favorables para que el Perú obtenga una amplia colaboración tanto técnica como financiera para el desarrollo de un programa integrado en materia de población.
Fundaciones privadas como la FORD FOUNDATION Y POPULATION COUNCIL, programas bilaterales como los de la Agencia Internacional para el Desarrollo (AID) y la OECDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económico)

e instituciones de Naciones Unidas como el CELADE (Centro - Latinoamericano de Demografía), o ILAPES (Instituto Lati - noamericano de Planificación Económica y Social) están ya colaborando activamente con el Perú en aspectos directamen- te relacionados con la población. Dentro de un programa - integrado como el que aquí se sugiere, a cada una de estas instituciones y otras cuya colaboración podrá obtenerse le corresponderá la promoción de determinados aspectos de di - cho programa..... AFORTUNADAMENTE el Perú cuenta con el CEPD al que en el Decreto Supremo que lo creó se le fija - ron fines y atribuciones que lo convierten por derecho pro-- pio en la institución a la correspondería ORGANIZAR, COOR - DINAR, ORIENTAR eIMPULSAR el Programa."

Al final el informe general presentado por el Relator Dr. Leopol - do en impresión de clausura señala lo siguiente:

"En virtud de la documentación presentada que obliga a afir- mar la existencia de una EXPLOSION DEMOGRAFICA, cualquier decisión sobre el tamaño de la familia debe estar de acuer- do con el respeto a la libertad y a la dignidad de la per - sona humana y esclarecer altamente la conciencia de respon- sabilidad paternal.
ES OPINION MAYORITARIA QUE ES CONVENIENTE REDUCIR LA TASA DE CRECIMIENTO POBLACIONAL PARA LO CUAL DEBERA INCIDIRSE SOBRE LOS PATRONES DE FECUNDIDAD".

POBLACION Y REVOLUCION.-

Debemos tener muy presente que de acuerdo al avanze de sus activi- dades y al momento político, los controlistas renuevan sus argu - mentos y enconden mucho mejor sus posiciones. Así por ejemplo, - las polémicas preparadas para la discusión de "los peligros de la Explosión Demográfica" en el año 68 se desarrollaban presentando la disyuntiva de "Población y desarrollo" (ver Symposium sobre Po- blación y Desarrollo, del Viernes Médico Vol. XIX No 3- 1968); Pe- ro en 1970 incluso los mismos ponentes entablan una "Pólomica so - Población y Revolución" (Acta Herediana, Vol. 2 Revista de la Uni- versidad Peruana Cayetano Heredia).
En ésta polémica el Dr. Donayre al igual que las publicaciones de la APPF y del CEPD- abundaba en el hecho de que el "marxismo lo - cal no ha evolucionado como el de Moscú o el de Pekín" ya que en Rusia y China se promueve la Planificación Familiar, y llega a a- doptar poses "revolucionarias" recomendando el control de pobla - ción para la mejor utilización de los medios educativos para la concientización de las masas:

"La urgencia del problema demográfico exige de los elemen- tos progresistas un desapasionado juicio..... si en e- fecto, el colionalismo del norte quisiera servirse de la

regulación demográfica para mantener su preeminencia, estaría cometiendo con toda seguridad un grave error histórico. El mejoramiento de la familia (a conseguir con el control de la natalidad) sólo puede conducir a acentuar la conciencia cívica, nacionalista e independiente".

Posteriormente nos encontramos que no son sólo poses "revolucionarias". El Boletín de APPF de diciembre de 1970, explica en la Nota Editorial cómo sus programas de "planificación familiar" se dearrollan dentro del "auténtico proceso de transformación nacional e independencia económica". Citando una frase del discurso de Velazco; "Nadie resolverá nuestros problemas sino nosotros mismos".. "Si queremos un nuevo Perú, todos tenemos que construirlo con nuestro propio esfuerzo", se dirigen a las familias con un nuevo lema:

"NI FAMILIA PEQUEÑA , NI FAMILIA GRANDE; FAMILIA RESPONSABLE".

La "paternidad Responsable" se constituye entonces en el único camino para que las familias consigan" su propio bienestar y contribuyan eficazmente al desarrollo social".

Hace algunos meses el diario "La nueva Crónica" dió cabida a algunos informes de las actividades que cumple en todo el país la APPF. Hace algunas semanas un editorialista de Expreso exponía sus dudas sobre la conveniencia de seguir oponiéndose al Control de la Natalidad. Conocidos asesores y defensores del gobierno, que sostuvieron una posición en contra, se han olvidado del problema. Claro, si suponen que "La Revolución" es anti-imprialista, que se acabó la explotación, queestamos camino del Desarrollo Económico, que se han cambiado las estruccturas, es fácilmente explicable que dejen actuar libremente a los controlistas y no sería nada raro que oficializacen el Control de la Natalidad.

La Planificación Familiar en los países Socialistas.-

Aunque no tenemos una información completa sobre el tema, debemos aclararlo, ya que ha sido tomado como un argumento por los controlistas. Anteriormente ya precisamos nuestra posición respecto a la idea de querer imponer políticas demográficas en abstracto, es decir sin tener en cuenta cada estructura socioeconómica. Las realidades de nuestros países coloniales o semicoloniales, no pueden ser iguales a las de los países socialistas. La expansión demográfica en países como China, se ha constituido en uno de los problemas para la construcción del Socialismo, y es explicable que se haya adoptado una política de población que trata de reducir el problema. En estos casos la familia adopta libremente el uso de anticonceptivos, o cualquiera de los otros métodos, y puede elegir libremente el número de hijos que desee tener. En estos países la superación de los niveles de vida y la atención del Estado a todas las necesidades de la población, elimina el condicionante socio-

económico que existe en nuestros países para las familias de las clases populares en las que promueve la planificación familiar.

Nosotros no abordamos el problema del control de la natalidad como un problema moral en abstracto, sino en base a consideraciones económicas y políticas. Sabremos aceptarlo cuando sea necesario. Por ahora, ya que no representa ninguna solución, nos toca combatirlo.

FORD FOUNDATION

ROCKEFELLER FOUNDATION

KELLOG FOUNDATION

A. I. D.

POPULATION COUNCIL

Ministerio de Trabajo

MINISTERIO de Salud

Centro de Estudios de Población y Desarrollo (C. E. P. D.)

A. P. P. F. (Asociación Peruana de Protección Familiar)

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

Servicio de Empleo y Recursos Humanos

Centros de Protección Familiar

I. I. A Instituto de Investigaciones de Altura

Proyecto Promoción Familiar MEDICINA COMUNITARIA

Centro de Estadísti - ca de Mano de Obra

Antes se denominaba Centro de Investigaciones Sociales por Muestreo (C. I. S. M.)

ANEXO

"Centros de Protección Familiar "dependientes de la A.P.P.F."

1.- RIMAC; Dr. Rodolfo Gonzáles Enders
Pedro Paulet # 503 Urb. Ingeniería
(antes: E. de Havich # 127 Urb. Ingeniería)

2.- BARRANCO; Dr. Carlos Bachman S.
Av. Miraflores # 163

3.- EL AGUSTINO ; Dr. Jaime Núñez P.
Av. Riva Aguero # 285

4.- BREÑA; Dr. Miguel Exebio E.
Carhuaz # 1123

5.- SURQUILLO; Dr. Pedro Shoji O.
Santa Rosa # 852-A

6.- INSTITUTO MARCELINO; Dres. Alfredo Larrañaga L. y Esteban Kesseruk
Antonio Miró Quesada # 1177

7.- CALLAO; Dr. Miguel Ramos Z.
Av. Guardia Chalaca # 1260

8.- CHIMBOTE; Dr. Gilberto Arias O.
Av. Villavicéncio No. 614

9.- ICA; Dr. Daniel Valdivieso F.
(Av. San Martín # 133) Moquegua 117

10.- HUANCAYO; Dr. Ernesto Gutierrez M.
Calle Real # 350

11.- PIURA; Dr. José Velazco H.
Cuzco 1030

(Fuente: Boletines de la APPF, Junio 1971 y Setiembre 1971)

oooooooooooooooooooooooooo

"Menos de 5 dólares invertidos en detener el crecimiento poblacional, resultan mas efectivos que 100 dólares invertidos en crecimiento económico"

Lindon B. Jhonson.

C.HEREDIA
VILLARREAL
ICA
IV CONGRESO de ESTUDIANTES de MEDICINA del PERU
5- 10 JUNIO 1972 - LIMA PERU.

MOCION APROBADA POR EL PLENARIO DEL IV CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL PERU

SOBRE: "EL SERVICIO UNICO DE SALUD"

CONSIDERANDO:

1.- Que la situación de salud en el país es insatisfactoria y completamente desplorable lo cual se refleja en la alta incidencia de enfermedades infeccionsas y parasitarias, en su mayor parte prevenibles por técnicas de vacunación, saneamiento ambiental e higiene. Además podemos anotar que la mitad de la mortalidad está concentrada en menores de 5 años (grupo más vulnerable a los factores desfavorables del ambiente socio-económico), pues en la mortalidad de este grupo existen como condicionantes la desnutrición, la ignorancia, el abandono y la injusticia social.

2.- Que existen factores socio-económicos que afectan a las grandes mayorías nacionales, que condicionan la situación actual de salud del país como son:
   a) Bajos niveles de ingresos económicos de las clases populares.
   b) Deficiente estado nutricional de nuestras clases populares (cuyo impacto fundamental lo reciben los niños).
   c) El estado de saneamiento ambiental es deficiente. Más del 60% de la población peruana no posee adecuados sistemas de agua y alcantarillado.

3.- Que al hacer un análisis global del Sector Salud, constatamos que el sector público de salud tiene a su cargo el 80% de atención médica concentrado en su mayor parte en áreas urbanas. Sin embargo el 60% de la población peruana se concentra en áreas rurales o semirurales. Se sabe actualmente que más de tres millones de peruanos carecen totalmente de atención médica.
Además, hay una diversidad institucional del Sector Salud (Ministerio de Salud, Sociedades de Beneficencia Pública, Seguros Sociales, Sanidad de las Fuerzas Armadas y clínicas privadas), lo cual determina: marcadas desigualdades en la atención de la salud, donde el pueblo es el más perjudicado.

4.- Que se asocia a lo anterior la inadecuada utilización de los escasos recursos, la ausencia de una definida política y planificación de los recursos humanos, una escasa partricipación de los organismos representativos de los profesionales de la salud.

5.- Que se agrava esta situación, la crisis general en que se debate la medicina liberal y burguesa.

ACUERDA:

1.- Exigir la agrupación en un solo sistema de las diferentes Instituciones del Sector Salud, como el Ministerio de Salud, Las Sociedades de Beneficencia Pública, los Seguros Sociales, los Servicios de Sanidad de las FFAA, etc. , para garantizar el derecho a la salud de la totalidad de la población peruana principalmente de las grandes mayorias explotadas de nuestro pueblo.

2.- Que el organismo que debe canalizares el "Servicio Unico de Salud" como organismo central que coordine y planifique la lucha por el bienestar nacional en el sector salud, que en definitiva será resuelto con la socialización de la medicina.

3.- Exigir la ampliación y superación de este sistema que vaya de acuerdo con nuestro crecimiento demográfico, dando prioridad a la atención materno-infantil.

MOCION APROBADA POR EL PLENARIO DEL IV CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL PERU SOBRE: "EL PROBLEMA DE LA NUTRICION EN EL PAIS"

CONSIDERANDO:

1.- Que a través de numerosos estudios estadísticos de organismos nacionales e internacionales se viene planteando desde hace varias décadas la situación y consecuencias de la mal nutrición y desnutrición crónicas por la que atraviesan sectores populares de la población peruana.

2.- Que al examinar las causas se ha planteado que el factor determinante es la estructura socio-económica a un nivel general, que en el marco de un análisis funcionalista concluye en en alternativas desarrollistas

3.- Que estas alternativas desarrollistas parten de un cuestionamiento del problema del subdesarrollo sin llegar a cuestionar el problema que está detrás de él, que es la presencia del Imperialismo Yanqui.

4.- Que esta situación de dependia la que determina nuestro subdesarrollo económico y las principales causas de la desnutrición de nuestro pueblo que son:

a) La existencia de modos de producción precapitalistas en el campo caracterizados por:
   - El enorme atraso de las fuerzas productivas y producción insuficiente.
   - Situación de propiedad privada y de monopolio, de la tenencia de la tierra y de la producción agropecuaria que permite establecer precios elevados.

b) Producción intensiva y extensiva de cosechas para la industria y para la exportación, en desmedro de la producción para el consumo alimenticio.

c) El encarecimiento de las subsistencias debido a la existencia de ciertos grupos acaparadores y especuladores, y de otros que en su situación de desempleo y subempleo o confi - guran un dilatado sistema de mercadeo que consume gran parte de la producción sin participar de ella.

d) La extrema pobreza en que se debate gran parte de nuestra población que no le permite acceso al consumo de los ya muy escasos medios de subsistencia.

ACUERDA:

1.- Exigir el estudio profundo e integral de los mecanismos concretos que dan lugar a la desnutrición y malnutrición de nuestro pueblo en las escuelas de medicina del país, como parte del Curriculum de estudios.

2.- Exigir y luchar por soluciones concretas y radicales que devengan del análisis histórico exhaustivo, por encima de los inte - reses que se opongan y en defensa de los intereses populares.

3.- La difusión amplia de las conclusiones de dichos estudios entre los sectores populares.

a) Permiten aliviar en algo las situaciones más parentorias.

b) Permiten un acercamiento de los estudiantes a las masas populares y a sus problemas.

c) Permitirían junto con ellas analizar el trasfondo de los problemas médico-sociales y tomar la posición correcta frente a ellas.

4.- Que esta posibilidad de análisis y toma de posición puede ser aprovechada. de manera revolucionaria al lado del pueblo, o reaccionaria engañando al pueblo, según la orientación que se le dé a estos programas.

ACUERDA:

1.- La participación activa y crítica de los estudiantes de medicina a través de sus organismos representativos en la elaboración, dirección y ejecución de los programas de Medicina Comunitaria.

2.- Esclarecer constantemente a los estudiantes y a la Comunidad sobre los verdaderos alcances de un Programa de este tipo, analizando sus contradicciones y criticando y luchando contra toda orientación ajena a los intereses populares o que vulnere los principios de la Autonomía Universitaria.

3.- Luchar por la participación activa de la Comunidad en sus propios Programas de Salud, rechazando todo tipo de acción que signifique asistencialismo caritativo o sobre explotación o menoscabo de la condición humana, propugnando la organización consciente de la comunidad por y en defensa de sus intereses inmediatos e históricos.

4.- Desenmascarar y denunciar el sentido de la Medicina Comunitaria planteada por las instituciones de las clases explotadoras y el Imperialismo, así como otras medidas que tatan de desviar la atención de la correcta y única medida que ataca a fondo el problema: la expulsión del Imperialismo y la lucha por la sociedad sin explotadores ni explotados.

5.- Pronunciarse por una verdadera integración y redistribución de los recursos médicos estatales y no estatales existentes, y por su constante incremento, a fin de poder satisfacer en mayor grado las demandas de salud.

6.- Impulsar una auténtica Reforma de la Educación Médica, propiciando una formación profesional adecuada a nuestra realidad social, que no deje de lado aspectos humanísticos indesligables de los Trabajadores de Salud.

MOCION APROBADA POR EL PLENARIO DEL IV CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL PERU SOBRE: "LOS PROGRAMAS DE MEDICINA COMUNITARIA"

CONDIDERANDO:

1.- Que la sociedad peruana es una sociedad empobrecida que aún no logra superar su estado de atraso, económico y general, que se ahonda cada vez más, debido a la prevalencia de la dependencia de nuestro pueblo respecto al Imperialismo, lo cual se agrava aún más por las existencias de condiciones internas de sobreexplotación y desnutilización de la fuerza de trabajo y del mal uso de los recursos naturales.

2.- Que este contexto económico es el que condiciona la existencia de otros fenómenos como la pauperización creciente, la marginación económica y cultural, la desocupación, el hambre, la insalubridad, el alto grado de morbilidad, la alta tasa de mortalidad infantil, la delincuencia y el malestar general de nuestro pueblo.

3.- Que el Imperialismo y las clases nacionales aliadas suyas, e igualmente explotadoras de nuestro pueblo, utilizan la enumeración de estos fenómenos (analfabetismo, mala salud, alta natalidad, desempleo, etc.), para designar nuestra condición de "País Subdesarrollado", olvidando intencionadamente la esencia del subdesarrollo, que a la luz del análisis científico se presenta como un problema de dependencia y de estructuras.

4.- Que el Imperialismo y las clases explotadoras en su afán de perpetuar el sistema, atacan los problemas sociales en las consecuencias y no en las causas y coherentemente con ~~este~~ plantean medidas inmediatistas y convenidas como la ingerencia del capital extranjero para la "creación de puestos de trabajo", la "Medicina Comunitaria", "el control de la natalidad", etc.

5.- Que en los programas de Medicina del país existen proyectos, planes y programas de Medicina Comunitaria, que sin ser otra cosa que la concretización de esas concepciones remedonas de la solución de nuestros problemas médico-sociales, se plantean como objetivos:

a) Dar paso en la redistribución de los recursos del Sector Salud que al genralizarse permitirían cumplir efectivamente los fines de dicho sector.
b) Hacer participar a la "Comunidad" y a los programas de Medicina (profesores, estudiantes), con la solución de los problemas de salud inmediatos de un determinado sector de la población, en concordancia con la redistribución.

6.- Que para el cumplimiento de dichos objetivos se proponen:

a) Impartir educación acerca de Medicina Comunitaria en la Comunidad y en los Programas de Medicina a fin de lograr la participación efectiva de sus miembros.

b) La realización de tareas asitenciales diversas en barriadas, Comunidades Campesinas, pueblos y ciudades que correspondan a la Zona de Influencia de cada Programa de Medicina.

7.- Que los Programas de Medicina Comunitaria, si bien no logran siquiera, subsanar los problemas de salud de nuestro pueblo.

A N E X O

PROYECTO DE ESQUEMA CURRICULAR DE UBICACION DE ASIGNATURAS PARA LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA

I. Problema de la Realidad Nacional.

Dependencia : Agraria, Minería, Industria Pesquera.

II. Problemas de la Salud.

Bioestadística , Demografía

III. Evolución Científica.

Antropol. Física. Anatomía Comparada.

IV. Biología.

Celular. Genética. Biofísica.

V. Química.

Inorgánica. Orgánica.

VI. Microbiología.

Parasitología

VII. Morfología.

Embriología. Anatomía. Histología.

Ciencias Dinámicas Médicas

Fisiología. Bioquímica. Farmacología.

VIII. Patología.

Anatomía Patológica

Fisiopatología.

Patología Clínica.

IX. Medicina.

Psiquiatría : Neurología, Dermatología. Medicina IV.

X. Meterno Infantil.

Ginecología. Obstetricia. Pediatría.

XI. Cirugía .

Urología. Oftalmología. Otorrinolaringología.

XII. Internado.

Clínico: Un año. Rural: Seis meses.

U.N.M.S.M. BIBLIOTECA CENTRAL
000000044654

Imprenta "Jardín Botánico"
U. N. M. S. M.